

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -

Année 1971 - N°

00107

**L'infirmier de nuit
à l'hôpital Psychiatrique**

(Essai de compréhension du rôle et du vécu)

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 16 Juin 1971

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Nelly REBATEL

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

née le 11 Janvier 1942

à LYON 6^e

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON
- MÉDECINE

Année 1937 - 36

L'infirmier de nuit

à l'hôpital Psychiatrique

pour de compréhension du rôle et du travail

Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 juin 1937

pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

par

Nelly REBATEL

née le 15 mars 1905 à Lyon

https://archive.org/details/IA41546306_0038

à LYON

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -

Année 1971 - N°

**L'infirmier de nuit
à l'hôpital Psychiatrique**

(Essai de compréhension du rôle et du vécu)

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 16 Juin 1971

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Nelly REBATEL

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

née le 11 Janvier 1942

à LYON 6°

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD
- MÉDECINE -

Année 1911 - 12

L'Influence de l'air
à l'hôpital Psychiatrique

Essai de comparaison de l'air et du soleil



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 10 Juin 1912

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

René REBATZ

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon

né le 11 Janvier 1882

à LYON 6

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

- Président de l'Université : J. BOIDIN
- Premier Vice-Président : R. TOURAINE

Secrétaire Général : M. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université

Médecine — Grange Blanche - Directeur : Professeur GERMAIN D.
Alexis Carrel - Directeur : Professeur GIROD C.
Sud-Ouest - Directeur : Professeur TOLOT F.
Lyon-Nord - Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine - Directeur : Docteur CZYBA R. (Maître de Conférences agrégé) -

Techniques de Réadaptation - Directeur : Professeur MOUNIER-KUHN P.

Sciences Pharmaceutiques : Directeur : M. CARRAZ M. (Maître de Conférences Agrégé) -

Sciences odontologiques : Directeur : Docteur R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Directeur :
Professeur R. GUILLET -

Mathématiques - Directeur : Doyen BRACONNIER

Physique - Directeur : Professeur DUFAY

Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur GAUTHERON

Sciences de la Nature - Directeur : Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie - Directeur : Professeur CHANEL J.

Institut universitaire de technologie n°1 - Directeur :
Professeur FEUVRAIS L.

Institut universitaire de technologie n°2 - Directeur :
Professeur GALLET, Directeur ENSAM -

Observatoire - Directeur : Professeur BIGAY J. H.

Physique nucléaire - Directeur : Professeur SARRAZIN A.

Examineurs de la Thèse :

- Président : M. le Professeur P.F. GIRARD
- Assesseurs : MM. le Professeur M. COLIN
le Professeur Agrégé J. GUYOTAT
le Docteur J. HOCHMANN
le Docteur P. BROUSSOLLE

A MON PERE

A MA MERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DU VINATIER
ET DES HOSPICES CIVILS

A TOUS LES INFIRMIERS ET INFIRMIERES
DE L'HOPITAL DU VINATIER

auxquels cette thèse est dédiée.
Nous avons appris à mieux les connaître.
Notre souci fut de donner un reflet aussi
fidèle que possible de leur vie et de leurs
difficultés : Nous espérons qu'ils s'y recon-
naîtront.
Qu'ils soient vivement remerciés de leur ac-
cueil et de leur aide.

A L'ENSEMBLE DU PERSONNEL MEDICAL
ET ADMINISTRATIF

Sans leur collaboration efficace, nous n'au-
rions jamais pu réaliser ce travail.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. F. GIRARD

Nous avons été externe puis interne à plusieurs reprises dans son service, et avons pu admirer ses dons de clinicien brillant et son immense culture dont la réputation n'est plus à faire.

Mais nous avons été plus sensible encore à ses profondes qualités humaines : un libéralisme exceptionnel, un sens très vif de l'humour, une simplicité et une grande bienveillance dans ses rapports avec autrui.

Nous voudrions lui exprimer toute notre gratitude pour le soutien qu'il nous a accordé, et souhaitons qu'il reconnaisse dans ce travail, un modeste témoignage de notre respectueux attachement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Agrégé M. COLIN

Au cours d'une année passée au service de psychiatrie d'urgence, son sens de l'efficacité, la vivacité et la curiosité de son esprit, son humanisme et le souci qu'il a des dimensions sociologiques de la psychiatrie, nous ont beaucoup appris.

Qu'il veuille bien trouver dans cette thèse, aussi imparfaite soit-elle, l'assurance de notre admiration et de notre dévouement.

Monsieur le Professeur Agrégé J. GUYOTAT

Il nous a accueillie durant deux semestres d'internat.

Outre la totale liberté de dialogue accordée à chacun, nous avons apprécié l'originalité de sa pensée, sa remarquable connaissance des phénomènes relationnels et de la vie institutionnelle.

Ce fut pour nous un enrichissement considérable que de pouvoir bénéficier de son enseignement largement ouvert à tous les courants de la psychiatrie.

Nous aimerions qu'il sache notre respect et notre reconnaissance pour ce que nous lui devons.

Monsieur le Docteur J. HOCHMANN

Son dynamisme, le brio et l'eclectisme de ses qualités intellectuelles, son savoir dispensé avec élégance, en font un homme exceptionnellement doué.

Nous nous sentons très honorée qu'il ait bien voulu être notre juge.

Qu'il accepte l'expression de nos remerciements.

Monsieur le Docteur P. BROUSSOLLE

Médecin des Hôpitaux Psychiâtriques

Il nous a fait la grande joie de participer à ce jury. Nous connaissons sa bonté et l'intérêt soutenu qu'il a toujours porté à ceux qui l'entourent et collaborent avec lui.

Le sujet de ce travail fait écho à certaines de ses préoccupations.

Nous espérons ne pas le décevoir et l'assurons de notre entier dévouement.

A CEUX QUI ONT CONTRIBUE A NOTRE
FORMATION PSYCHIATRIQUE

Madame le Docteur M. P. REYSS-BRION

Elle a su guider nos premiers pas avec tact,
faisant preuve d'une patience et d'une bien-
veillance sans relâche qui nous ont permis
d'aborder la psychiâtrie dans des conditions
parfaites de sécurité.

Elle nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Puisse cette dernière répondre à son attente !

Nous souhaiterions lui dire notre respectueu-
se gratitude.

Monsieur le Docteur J. PELLET

Nous regrettons de n'avoir pu collaborer avec
lui plus d'un semestre.

Ses talents de psychiatre, sa grande délicatesse
dans les rapports humains, la chaleur de son
accueil, nous ont été particulièrement précieux.

Qu'il en soit très sincèrement remercié.

Monsieur le Docteur S. JALLADE

Sa compétence clinique, son intelligence aigüe
et sûre, nous ont laissé le souvenir d'un travail
commun agréable et fructueux.

Il nous a offert une aide constante par ses con-
seils, la rigueur de son esprit et une disponibi-
lité de tous les instants.

Qu'il trouve ici l'expression de notre amicale
reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé J. COURJON

Monsieur le Professeur M. JAUBERT DE BEAUJEU

EXTERNAT

Monsieur le Professeur P. WERTHEIMER

Monsieur le Professeur P. MICHAUD

Monsieur le Professeur J. THIVOLLET

Monsieur le Professeur P. GUINET

Monsieur le Professeur P. F. GIRARD

Monsieur le Professeur M. GIRARD

INTERNAT

Monsieur le Professeur Agrégé R. TOURAINE

Monsieur le Professeur Agrégé P. BUFFARD

Monsieur le Professeur L. ROCHE (2 semestres)

Monsieur le Professeur P. F. GIRARD (3 semestres)

Monsieur le Professeur Agrégé J. GUYOTAT (2 semestres)

Monsieur le Professeur M. DEVIC

Nous avons acquis à leur contact une solide formation médicale qui nous sera précieuse dans l'avenir.

Nous les en remercions et les assurons de notre fidèle dévouement.

QUELQUES CITATIONS

“Vous voulez faire une thèse sur les veilleurs ? Mais elle sera vide, votre thèse... Vide comme notre vie ! ”.

(une infirmière de 20 ans)

“Ne troublez pas les eaux dormantes...”

(un veilleur de 60 ans)

“Ma solitude est mortelle ! ”.

“Dans la nuit, on peut très bien m'étrangler en toute tranquillité, sans que personne n'entende rien... Je ne peux rien faire pour me défendre ! ”.

“La 3ème équipe est différente des autres, elle n’a pas de Papa ! ”.

“La nuit, nous sommes tous des nuisibles ! ”.

“Si je veux me suicider un jour, je n’ai qu’à refaire 6 mois de nuit ! ”.

“Chère Madame,

Pourriez-vous éviter de déranger si souvent Monsieur l’Interne de garde au sujet de Mademoiselle R... dont vous connaissez bien les réactions. Vous devez la laisser jouer la nuit s’il le faut, sans la contrarier, car vous savez que dès qu’elle est empêchée de faire quelque chose, elle se bute et fait du bruit. Quant au traitement, il convient de le modifier un peu, je vous l’accorde ! ”.

“Monsieur le Docteur,

Si je téléphone à l’Interne de garde, c’est à cause du bruit fait par Mademoiselle R... Personnellement, si elle restait silencieuse la nuit, même en jouant aux cartes, je ne jugerais pas nécessaire de prendre conseil au téléphone de Monsieur l’Interne de garde. Peut-être pourriez-vous pourtant, nous donner des consignes pour agir seule, sans déranger personne ? ”.

Avec ces quelques citations, tout est dit du vécu du veilleur, et la thèse pourrait en effet se clore ici. Pourtant, au-delà du plan psycho-affectif que nous ne saurions jamais mieux exprimer que les infirmiers eux-mêmes, nous avons tenté de discerner les mécanismes en cause.

P L A N

CHAPITRE I : Introduction - Historique et Méthologie

CHAPITRE II : Approche sociologique

CHAPITRE III : Conditions matérielles et psychologiques caractéristiques du poste de nuit

CHAPITRE IV : Réseau relationnel de l'infirmier de nuit

CHAPITRE V : Autrui et le problème des veilleurs

CHAPITRE VI : De la fonction au vécu de l'infirmier de nuit

CHAPITRE VII : Quelques solutions possibles.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

HISTORIQUE ET METHODOLOGIE

Si les infirmiers nous ont conduit d'emblée au coeur même de leur anxiété, de leur solitude, de leur vécu d'abandon et de dévalorisation, certains aspects nous ont paru mériter quelques développements, d'autant qu'au seul Hôpital Psychiatrique du Vinatier, 120 personnes au moins veillent la nuit. Pourtant, les travaux qui leur sont consacrés, sont infiniment plus restreints qu'on ne pourrait le croire.

1 – HISTORIQUE

Dans l'efflorescence des études consacrées aux infirmiers psychiatriques au cours des dernières années, soit au niveau de leur rôle, soit au niveau de l'enseignement..., le veilleur ne semble pas susciter l'intérêt des auteurs comme si "*oublié*", il n'était pas, en fait, considéré comme membre à part entière des équipes soignantes.

A peu près seuls, les manuels d'enseignement des infirmiers des Hôpitaux Psychiatriques, font allusion aux problèmes de la veille. De leur succession chronologique se fait jour l'évolution des idées sur les équipes de nuit.

— L. RAYNIER et H. BEAUDOIN, en 1930, puis G. DAUMEZON, en 1935, proposent pour la première fois la création d'un service de veille autonome assuré jusque là par le personnel de jour couchant dans les dortoirs dont il était séparé par des grilles.

— Dans les manuels de L. MARCHAND et R. et H. MIGNOT, en 1952, puis Joannès VINATIER, en 1960, les auteurs souhaitent un élargissement du rôle du veilleur de la seule fonction de surveillance quasi-policière à une fonction plus positive d'aide aux malades.

— Ch. BERTHIER et P. BROUSSOLLE, en 1965, ont le mérite d'évoquer les difficultés de liaison avec les équipes de jour et la dévalorisation de la 3ème équipe.

— Enfin, C. CARON, en 1969, après avoir insisté sur la dichotomie entre équipes du matin et de l'après-midi, semble "*scotomiser*" les scissions entre le jour et la nuit. De plus, s'il pose la question : "*Le métier de veilleur est-il compatible avec l'idée qu'on peut se faire actuellement du rôle de l'infirmier ?*". Sa réponse est négative.

— Deux études faites à Lyon sur les veilleurs des hôpitaux généraux par G. NEULAT, en 1950, et VU - DINH - GIAP, en 1961, donnent surtout une analyse du retentissement physiopathologique du travail de nuit continu.

— Seul, l'article de M. CLAVE, infirmière diplômée d'Etat, en 1969, nous semble plus proche du vécu de ses collègues, de leurs difficultés psychologiques et relationnelles.

Très réduite, cette bibliographie (la seule dont nous ayons eu connaissance), effleure tous les problèmes essentiels : ambiguïté du rôle, non - reconnaissance d'un statut de thérapeute, absence de communication entre le jour et la nuit, dévalorisation. Cependant, aucun d'entre-eux n'est réellement approfondi, ce que nous tenterons de faire, après avoir exposé notre démarche pour ce travail.

II – METHODOLOGIE

Nous avons dû d'emblée restreindre le champ d'un sujet assez vaste qui aurait mérité d'autres développements.

a) Limites du sujet

Nous l'avons circonscrit au seul Hôpital Psychiatrique du VINATIER, encore qu'une comparaison avec d'autres institutions, ou même les hôpitaux généraux, aurait pu être fructueuse du fait des modalités différentes d'organisation.

Nous avons volontairement centré notre intérêt sur l'aspect psychologique du travail de nuit, et regrettons de n'avoir pu en approfondir d'autres : médecine du travail, étude sociologique plus complète, etc...

Enfin, nous avons dû renoncer à des interviews de malades dont l'opinion aurait éclairé la notion même de rôle de l'infirmier de nuit.

La méthode de travail employée fut la suivante :

b) Exposé de la méthode

- Dans un premier temps, 15 interviews (sur lesquelles nous reviendrons plus loin), ont procuré les éléments nécessaires pour :

- Dans un deuxième temps, établir un questionnaire avec le maximum de précautions, afin de rester neutre et d'éviter par la formulation même de la question le sens de la réponse.

- Cette étude a été complétée par une table ronde d'infirmiers de nuit qui, malgré nos précautions, n'a pu réunir que trois femmes et un homme (soit du fait de l'effectif très limité ce soir là, soit par difficultés du passage des informations).

- Nous avons enfin interviewé des infirmiers de jour, quatre médecins-chefs, un surveillant de nuit, trois surveillants de jour, un administrateur, des délégués syndicaux et le médecin du personnel.

- Outre ces contacts directs, la lecture des "*journaux*" de différents services et des cahiers de rapport des surveillants, a été une source non négligeable d'informations.

c) Les interviews

Après une seule interview, les éléments saillants de la vie du veilleur étaient déjà apparus, et les suivantes n'ont fait que les confirmer.

* Le choix des infirmiers :

Il a été guidé par la nécessité de donner un reflet aussi fidèle que possible de la population des infirmiers de nuit du Vinatier. Pour cela, nous avons rencontré hommes et femmes pour moitié, veilleurs spécialisés depuis plusieurs années et infirmiers de jour assurant un stage obligatoire de six mois, à l'exclusion cependant de ceux qui travaillent dans les services d'enfants et dont les difficultés paraissent assez différentes.

L'opinion de 50 personnes (15 interviews et 35 prises de contact plus ou moins prolongées à l'occasion du questionnaire), peut constituer une base statistique valable, compte tenu du chiffre global de 110 infirmiers pour les services d'adultes.

* Le déroulement des interviews :

— Toujours anonymes, réalisées en soirée, aux heures et lieux de travail des veilleurs. Elles durèrent de 1 heure et quart à 2 heures.

— L'attitude non directive souhaitée au départ se heurta moins à l'anxiété de nos interlocuteurs qu'à leur profond désir d'échanges verbaux.

— L'accueil fut aisé, voire même chaleureux, à une exception près : réaction de méfiance de prime abord, par crainte que l'administration n'ait connaissance des réponses données au questionnaire.

— Au cours des interviews,

- Nous avons surtout été frappée par l'avidité de certains rendant difficile, à plusieurs reprises, la rupture d'une relation devenue "*dévorante*".

- Avec quelques uns, parmi les plus anciens (de 10 à 25 ans d'expérience), le contact et la verbalisation ont parfois été un peu pauvres sans que nous ayons perçu pour autant une véritable réticence à notre égard.

- Enfin, du fait d'une certaine inquiétude latente et d'une tonalité thymique plutôt dépressive, nous nous sommes volontairement limitée dans les interviews sur certains sujets (angoisse, mort...), afin d'éviter tout bouleversement psychologique difficilement assumable, par la suite, du fait de la solitude habituelle du veilleur.

— Après les interviews,

Si quelques infirmiers ont eu une réflexion désabusée sur l'incidence éventuelle de ce travail sur leurs conditions de vie, la majorité a retiré une revalorisation assez importante de l'intérêt qui leur était porté.

Nous aimerions terminer en soulignant deux faits :

— Outre la réelle coopération de chacun, toute latitude d'investigations nous a été laissée au cours de cette enquête. Il est d'ailleurs permis de se demander si une aussi complète liberté aurait été possible dans nombre d'autres institutions, beaucoup moins ouvertes à cet égard que l'hôpital du Vinatier.

— D'autre part, nous avons conscience du caractère partiel de cette étude. Notre intention n'a en effet été qu'une approche du rôle et du vécu du veilleur. Il est certain que des recherches complémentaires pourraient être faites, qui s'avèrent dès maintenant comme fort intéressantes.

CHAPITRE II

APPROCHE SOCIOLOGIQUE

Préalable indispensable à la compréhension des difficultés des infirmiers de nuit à l'hôpital du Vinatier, cette approche sociologique mettra en évidence successivement :

- Les modalités d'entrée dans les équipes de nuit et la distinction de deux groupes de veilleurs : ceux qui demandent leur mutation pour diverses raisons, et ceux qui, profondément, la refusent car elle leur est imposée.

- Puis le retentissement du travail de nuit à différents niveaux : physique, socio-familial et culturel, enfin professionnel.

I — LES MODALITES D'INTEGRATION AUX EQUIPES DE NUIT

a) L'effectif actuel

Pour l'ensemble de l'hôpital, il représente environ 125 personnes réparties de la façon suivante : 45 pour les services d'hommes, 65 pour les services de femmes, 15 pour les services d'enfants (soit en moyenne un infirmier pour 60 à 70 malades, parfois plus). Compte tenu des périodes de repos ou de congés, et des arrêts - maladies, l'effectif réel s'avère très insuffisant.

Surtout, il varie d'un soir à l'autre, et en obligeant les infirmiers à faire des remplacements dans des pavillons inconnus, constitue un facteur d'insécurité supplémentaire.

Si chacun au niveau médical ou administratif, s'accorde sur la présence nécessaire de deux veilleurs dans chaque pavillon, cette condition est loin d'être remplie à l'heure actuelle sauf pour les pavillons les plus isolés de l'hôpital.

Indispensable, l'augmentation des effectifs du personnel de nuit émerge comme la plus fréquente des demandes des infirmiers (pour plus de 55 % d'entre eux, et bien avant tout autre souhait). Par ce biais, ils pensent pouvoir pallier à certaines difficultés matérielles (en particulier possibilité de recours immédiat en cas d'incident), et psychologiques : partage des responsabilités, échec à la solitude, sécurisation.

L'entrée dans les équipes de nuit se fait selon deux modalités : le volontariat et le roulement imposé.

b) Autrefois le volontariat fournissait la totalité du personnel de nuit. A l'heure actuelle, notre enquête montre que 60 % environ des infirmiers font partie de ce groupe.

Les raisons déterminant la demande de mutation prennent leur origine au niveau de la réalité :

- Raisons pécuniaires (2 % seulement des infirmiers). Il faut préciser que la prime de

nuit accordée ne dépasse pas 3,20 F pour 8 heures de travail.

— **Raisons de santé (10 %)** : Ces infirmiers porteurs d'affections diverses (pulmonaires, rénales, ostéoarticulaires...), ne peuvent assurer un travail de jour régulier, plus fatigant physiquement.

— **Raisons familiales (65 %)** : De loin les plus importantes. Ces demandes émanent de certains hommes et de mères de famille qui expriment leur satisfaction de pouvoir s'occuper de leurs enfants, de passer avec eux les journées de fête, tout en percevant un salaire.

A ces éléments de réalité, s'ajoutent des motivations plus profondes, recouvrant probablement quelques "*bénéfices psychologiques*" : calme de la nuit, indépendance et absence de hiérarchie. Ces motivations amènent souvent les infirmiers à renouveler leur demande de travail de nuit au fil des années alors même que les raisons initiales ont parfois disparu. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce phénomène lors d'un chapitre ultérieur.

A ces infirmiers qui désirent travailler la nuit, s'oppose le groupe de ceux qui s'y refusent ou le tolèrent mal car il leur est imposé.

c) En effet, depuis une quinzaine d'années, du fait de la réduction progressive du volontariat (en particulier dans les services d'hommes), mais aussi par souhait des administrateurs et des médecins d'assurer une meilleure homogénéisation des équipes, **a été institué un roulement imposé** aux infirmiers de jour pour prendre le poste de nuit pendant une durée de 6 mois.

Les veilleurs, placés devant cette obligation, représentent environ 30 % à 40 % de ceux que nous avons rencontrés.

Ce groupe coexiste avec le précédent mais en reste assez nettement individualisé de par leur volonté même de réintégrer rapidement les équipes de jour : Ils ne se sentent que transitoirement détachés au service de nuit. Pourtant ce changement leur est suffisamment pénible pour que la très grande majorité d'entre eux le vivent comme une punition ; (il nous a d'ailleurs semblé, qu'au moment de l'embauche, les élèves - infirmiers n'étaient pas avertis de façon précise de l'obligation de faire un ou plusieurs stages de nuit).

d) L'affaiblissement croissant des demandes spontanées pour le poste de veille **rend les perspectives d'avenir assez difficiles**. C'est là tout le problème du recrutement.

— Plus aigu dans les services d'hommes que de femmes.

— Il amène quelques suggestions de la part des infirmiers : 7 % d'entre eux souhaiteraient modifier l'organisation des équipes : (équipes mixtes, fonctionnant en 3 x 8, veille faite par des aides-soignants encadrés d'infirmiers diplômés).

La durée de 6 mois du stage de nuit paraît viable pour une majorité qui y trouve l'avantage de pouvoir organiser leur vie familiale sur un schéma valable plusieurs mois au lieu qu'elle ne soit bouleversée chaque mois ou chaque semaine. Par contre, les plus jeunes infirmiers, moins expérimentés, aimeraient que cette durée soit nettement abrégée.

— Le problème du personnel de nuit est aggravé par une féminisation constante des

effectifs. D'où l'éventualité envisagée récemment d'une mixité des équipes de veille.

— Enfin, ces difficultés ne sont que le reflet de celles rencontrées pour le recrutement de l'ensemble du personnel de l'hôpital : Sur 10 élèves - infirmiers embauchés, 2 seulement obtiennent le diplôme.

Si les modes d'entrée dans les équipes de nuit diffèrent nettement, par contre les conséquences du travail de nuit continu sur plusieurs mois ou années, paraissent les mêmes pour tous.

II – LE RETENTISSEMENT DU TRAVAIL DE NUIT CONTINU

Il se fait sentir sur un triple plan : physique, socio-familial et culturel, professionnel.

a) Le retentissement physique

Le bouleversement complet du rythme de vie a de multiples incidences.

* L'inversion du rythme du sommeil nécessite une période d'adaptation variable selon les individus, de quelques semaines à plusieurs mois, mais une minorité ne s'y adapte jamais.

Non seulement le nombre d'heures de repos diurne est souvent très limité, mais la qualité même du sommeil se trouve perturbée par la lumière, les bruits venus de l'extérieur, les activités des voisins ou des différents membres de la famille.

Si la durée moyenne du sommeil chez les hommes atteint 5 à 6 heures, elle ne dépasse guère 2 à 3 heures pour certaines mères de famille. Leur sommeil est souvent morcelé par les multiples soucis de la vie familiale : repas, achats, ménage, soins aux enfants qu'il faut emmener ou aller chercher à l'école.

Les jours de repos permettent la récupération de ce manque de sommeil quand ils ne sont pas employés à la réalisation de gros travaux ménagers.

Après leurs congés annuels, les infirmiers se plaignent d'un dérèglement plus ou moins profond de leur rythme de sommeil nécessitant une phase de réadaptation.

Enfin, pour induire le sommeil, un grand nombre d'entre eux ont recours à des sédatifs allant des thérapeutiques les plus bénignes à de véritables cocktails qui associent plusieurs médicaments (Valium, Mogadon, Nembutal, Halopéridol, Binotal...) Quelques jeunes diplômés semblent même utiliser parfois des anxiolytiques légers pour pouvoir affronter leur travail nocturne.

* La fatigue, que les infirmiers imputent, plus qu'à la qualité du travail demandé, à la médiocrité du sommeil et à la tension nerveuse liée à leur rôle de surveillance et de responsabilité, s'exprime largement, surtout chez les plus jeunes :

“Epuisant”... “Délabrant”... “Inhumain”... et même poussa l'une d'elles à s'exclamer :

“Si je veux me suicider un jour, je n'ai qu'à redemander à faire 6 mois de nuit”.

Une autre, d'une vingtaine d'années, se sentant atteinte jusque dans son propre corps,

aurait souhaité de l'administration, des réparations financières pour *“préjudice esthétique”*.

Dans ces conditions, s'assoupir la nuit à leur poste peut découler comme une conséquence naturelle de leur mode de vie, éventualité possible pour les moins anxieux seulement. Ce reproche, fréquemment formulé par autrui, n'engendre pas de culpabilité (du moins en apparence !).

* Enfin, au bouleversement du rythme du sommeil, devrait s'associer une modification parallèle des horaires des repas. En réalité, l'alimentation se fait de façon anarchique, variable selon les besoins personnels, les possibilités matérielles, et compte tenu de l'obligation pour beaucoup de respecter les heures habituelles des repas, seuls moments qui rassemblent la famille.

Si les conséquences physiques du travail de nuit sont les plus immédiatement apparentes, et peuvent motiver des demandes de mutation, le retentissement socio-familial et culturel survient à plus long terme.

b) Le retentissement socio-familial et culturel

* Qu'il s'agisse des femmes écrasées sous leur double tâche d'infirmières la nuit et de femme au foyer le jour,

ou qu'il s'agisse des hommes qui après leur travail, dorment une grande partie de la journée, ou même ont quelques activités diurnes parallèles (réparations d'appartements ou de maisons, jardinage, bricolage...), parfois de petits emplois rémunérés (cas de plus en plus rares actuellement mais mal tolérés du personnel de jour ou de l'administration dans la mesure où le veilleur investit peu son rôle).

* Tous, hommes et femmes, doivent renoncer à la plupart des loisirs, de même qu'aux activités sociales (syndicales, sportives)..., aux relations amicales hors du cercle étroit de la famille. Le réseau relationnel extra-professionnel se trouve très réduit, voire inexistant en quelques années, du fait des horaires de travail.

La vie familiale elle-même peut être perturbée par ce mode de vie. Si le canal de communication persiste longtemps avec les enfants à l'occasion des repas, devoirs, trajets scolaires ; par contre, les contacts avec le conjoint paraissent dans certains cas brefs et précaires, aux seuls repas du soir, quand l'un travaille le jour, et l'autre la nuit. Le relâchement des liens familiaux peut conduire jusqu'à une séparation des couples. (Il faut pourtant noter qu'un nombre non négligeable de veilles sont des femmes seules, veuves ou divorcées, ayant des enfants à élever).

Enfin, les possibilités d'enrichissement au plan culturel ou intellectuel se rétrécissent considérablement : les plus anciens finissent par l'accepter comme une conséquence inéluctable mais pesante de leur choix professionnel, mais les plus jeunes l'évoquent non sans amertume.

L'isolement social de l'infirmier de nuit, avec toutes les frustrations qu'il impose, est si net que nous pouvons dire qu'ils vivent un peu *“en marge de la société”*. Une infirmière résumait ainsi sa vie : *“Je ne connais que deux choses au monde : mon lit et l'hôpital psychiatrique”*.

Déjà socialement isolé à l'extérieur de l'hôpital, l'infirmier de nuit peut, facteur aggravant,

le devenir au sein de l'hôpital par un même processus d'isolement progressif qui s'associe volontiers à une autre conséquence du travail de nuit au long cours : le retentissement professionnel.

c) Le retentissement professionnel

Il va dans le sens d'une sclérose professionnelle dominée par l'absence d'acquisitions. Nous ne ferons que mentionner ce phénomène, objet d'une étude plus approfondie comme élément du "*professionalisme*" du veilleur.

Au vu du bouleversement et des restrictions possibles de la vie personnelle des individus obligés de travailler en équipe de nuit, les motivations des volontaires doivent être suffisamment puissantes pour qu'ils en acceptent les conséquences. Non motivé, l'infirmier tolère en effet plus ou moins bien ce mode de vie d'autant que les conditions mêmes du travail au sein de l'hôpital psychiatrique peuvent paraître à certains du moins, assez difficiles à assumer.

CHAPITRE III

CONDITIONS MATERIELLES ET PSYCHOLOGIQUES CARACTERISTIQUES DU POSTE DE NUIT

Il nous a paru intéressant de réunir dans un même chapitre tous les éléments, matériels ou psychologiques, formant la toile de fond de la vie de l'infirmier de nuit.

Pour celui-ci, travailler la nuit modifie tout : lieu de projection de la névrose de chacun, la nuit confère à l'activité des veilleurs une atmosphère très particulière qui disparaît à la lumière du jour.

Après avoir tracé le cadre des activités professionnelles de l'infirmier, deux constantes psychologiques fondamentales : l'isolement et l'anxiété apparaîtront, avant les conduites de réassurance les plus fréquemment utilisées.

I – LES CONDITIONS MATERIELLES DU TRAVAIL DE NUIT

Nous verrons tout d'abord l'aspect administratif et matériel de l'organisation, puis suivrons l'infirmier dans ses activités nocturnes, avant d'aborder les incidents qui peuvent venir troubler le cours.

a) L'aspect administratif et le cadre matériel

1 – L'organisation administrative du poste de veille se fait à l'hôpital psychiatrique du Vinatier selon un horaire quotidien de 8 heures : de 22 H. le soir à 6 H. le matin, et avec un rythme de 6 nuits consécutives de travail, puis 2 jours de repos (soit 40 heures par semaine depuis 1968).

Les congés annuels couvrent quatre semaines.

En plus du salaire, l'administration octroie une prime de nuit de 3,20 F.

Si la durée quotidienne du travail n'attire pas de remarques, par contre la sixième nuit de veille paraît souvent très éprouvante.

2 – Les conditions matérielles du travail :

Elles sont très variables d'un pavillon à l'autre.

– Si beaucoup de services bénéficient maintenant d'aménagements modernes et confortables, quelques uns restent encore vétustes avec d'immenses dortoirs d'une trentaine de lits serrés les uns contre les autres, selon l'ancien type asilaire. La répartition sur deux étages, assez fréquente, rend difficile le travail de surveillance des infirmiers.

– Dans un dernier service le veilleur, dépourvu de clefs d'ascenseur, ne possède ni sonnette, ni téléphone à l'étage : situation très anxiogène mais exceptionnelle.

La nuit, les moyens de communication avec l'extérieur acquièrent une importance considérable car rassurants pour l'infirmier mais aussi dispositif minimum de sécurité pour les malades.

— Le libre accès à la totalité de la pharmacie manquerait parfois aux veilleurs. De plus, quelques uns d'entre eux ne se sentent pas entièrement autorisés à prescrire de façon spontanée certaines thérapeutiques, même très banales, hormis celles prévues par les médecins.

— La nuit, il arrive que portes et placards leur restent fermés dans le pavillon, plus par négligence que par refus véritable.

Ces petits faits prennent d'autant plus d'importance qu'ils y trouvent confirmation de n'être pas considérés par autrui comme infirmiers à part entière.

Si les conditions matérielles sont loin d'être toujours aussi médiocres, 20 % des infirmiers les voudraient améliorées : l'unique désir de l'un d'eux était la possession d'une lampe de poche ! et pour un autre, disposer d'un fauteuil relax ! (comme s'il s'agissait pour eux de faire une demande raisonnable à laquelle il puisse être répondu, sans oser, ou pouvoir, formuler d'autres besoins matériels et surtout psychologiques).

Après la description du cadre matériel, voyons les activités de l'infirmier de nuit.

b) Les activités du veilleur

Suivons-le depuis son arrivée à l'hôpital psychiatrique.

Au pointage, il échange un bref salut avec le surveillant de nuit et quelques mots avec les autres infirmiers, et ne sachant pas toujours où il va veiller, ressent une vague inquiétude de l'inconnu. Parvenu au pavillon que l'équipe de jour est pressée de quitter, il reçoit rapidement les consignes indispensables "*sur le seuil de la porte*", nouvel élément d'insécurité relative. Les contacts, superficiels, et frustrants, vont rarement au-delà d'échanges dans la seule optique du fonctionnement du service (et d'ailleurs quelquefois insuffisants à ce seul titre). Resté seul, pour toute la nuit, il procède d'abord à une vérification systématique et soigneuse de la fermeture des portes et fenêtres, compte les lits vides, fait coucher quelques retardataires et s'installe dans le bureau pour lire le cahier de rapport.

Le travail qui lui est demandé consiste surtout en une présence permanente afin de parer à d'éventuelles urgences. Les soins, restreints à la distribution des prescriptions médicamenteuses pour la nuit, la surveillance ou la mise en route de traitements pour les malades nouvellement entrés, le change des vieillards ou des grabataires, confinent les infirmiers dans une certaine inactivité forcée souvent pesante.

Quelques médecins, dans le but d'y remédier, demandent à l'équipe de nuit de préparer les médicaments pour la journée du lendemain, ou de compléter les fiches de traitement.

Entre ses rondes, effectuées plus ou moins régulièrement en fonction de la connaissance qu'il a de l'état des malades et de sa propre anxiété, son ennui le pousse à s'occuper de diverses manières :

les hommes lisent ; les femmes lisent ou tricotent ; quelques uns font de la comptabilité pour eux-mêmes ou pour autrui. Beaucoup plus rarement, ils suivent des cours : sciences, mathématiques... L'un préparait une licence de psychologie, l'autre un diplôme d'état d'infirmier.

Ils comblent volontiers leur solitude par de petites collations nocturnes (parfois causes d'obésité), font large recours au tabac ou au café, également sources d'échanges sociaux.

“Quand on veille à deux, on se sent moins seul et moins anxieux. Moi, je parle sans arrêt, je bois du café, et je me sens mieux en grignotant la nuit”.

Même minimales, ces activités prennent toute leur valeur du fait de la pauvreté des contacts avec autrui : équipe d'après-midi à peine entrevue, malades assoupis. Dans la nuit, le surveillant ne fait que passer, assez irrégulièrement dans les pavillons les plus éloignés, pour signer le registre, dit : *“Bonsoir, ça va ?”* ... et puis s'en va.

S'il est seul pour veiller cette nuit là, ses rencontres avec les autres infirmiers seront exceptionnelles, hormis la survenue d'un incident assez grave pour nécessiter l'intervention de ses collègues.

Les heures s'étirent lentement jusqu'au petit matin... enfin, la dernière ronde de 5 heures méticuleuse et déculpabilisante.

A l'arrivée de l'équipe du matin, le veilleur fatigué abrège les échanges pour repartir hâtivement.

La monotonie de ce travail nocturne peut être perturbée parfois par l'éclosion de quelque incident.

c) Les incidents nocturnes

Dans la réalité objective, ils apparaissent relativement peu fréquents. si l'on se réfère aux cahiers de rapports des surveillants, consultés pour les 11 premiers mois de l'année 1970. En voici les résultats donnés globalement pour les services d'hommes et de femmes.

	Jour	Nuit	Rapport $\frac{\text{Nuit}}{\text{Jour}}$
Evasions	400	5	1 %
Tentatives de suicide	16	3	18 %
Incendies	6	0	
Ivresses et rixes	18	2	10 %
Traumatismes divers : chutes...	100	3	13 %
Décès	153	107	60 %

Nous nous contenterons de quelques rapides remarques :

- Rareté des évasions et des tentatives de suicide nocturnes.

- Les suicides avec décès ne dépassent pas le chiffre de 3, dont un seul nocturne, pendant la période considérée.

- Pour tous les autres incidents, la disproportion est évidente entre leur fréquence diurne et nocturne.

- En ce qui concerne les décès, si l'on tient compte de ceux qui surviennent non entre 22 heures et 6 heures, comme ci-dessus, mais entre 20 heures et 6 heures, leur nombre paraît sensiblement identique le jour et la nuit.

Si l'on s'en tient au seul plan de la réalité et de l'objectivité, la vie de l'infirmier de nuit se déroule morne et vide. Pourtant, derrière cette banalité apparente, se cachent une multitude d'af-fects de tonalité parfois pénible et une activité phantasmatique assez riche, en rapport avec les conditions psychologiques spécifiques de la veille.

II – PRECARITE DES CONDITIONS PSYCHOLOGIQUES SPECIFIQUES DE LA VEILLE

Qui dit veille la nuit à l'hôpital psychiatrique, dit isolement mais aussi anxiété : pivots de la vie de l'infirmier. Ils forment la toile de fond de la thèse.

a) La solitude

Affect prédominant au cours de leur travail pour plus de 50 % d'entre eux, la solitude peut devenir difficilement tolérable la nuit, par la perte des repères spatiaux habituels, la profondeur du silence (*"angoissant et assourdissant"*), le caractère irréel des objets, la lenteur du temps qui s'écoule (*"au petit matin, je n'en peux plus de cette longue attente immobile..."*), l'aspect figé des corps plongés dans un sommeil parfois évocateur de mort.

Tout concourt à donner un sentiment de *"solitude à pic"* face à la nuit :

"Ma solitude est mortelle".

"Rester seule une nuit entière, c'est horrible ! " dit-on encore après 20 ans d'expérience.

Telle jeune infirmière déployait une hyperactivité nocturne : lecture, comptabilité, tricot, cours de chimie et de mathématiques... dans la même nuit :

"La nuit est courte... Je ne m'ennuie jamais... d'ailleurs rester seule la nuit sans rien faire, c'est mortel... Il ne faut surtout jamais laisser perdre une seule miette du temps qui s'écoule ! "

Solitaire, le veilleur doit affronter les urgences. Les responsabilités, diluées le jour et prises en charge par l'ensemble des équipes sous direction médicale, deviennent pesantes.

"On nous reproche souvent un R A S inscrit sur un cahier de rapport, R A S qui peut aussi bien vouloir dire : Responsabilité prise Avec Signature".

Isolé dans la nuit, face à ses responsabilités et à l'inconnu, une certaine inquiétude l'envahit.

b) L'anxiété

1 — Elle affecte tous les degrés : latente ou évidente (20 % des infirmiers citent l'anxiété comme sentiment prédominant au cours de leur travail, elle manque rarement, car la situation de veille détermine un relatif état de tension interne et l'on peut parler d'une véritable **situation de stress**.

Quel que soit le niveau de l'anxiété, elle s'exprime de façon un peu différente chez les hommes et les femmes.

— Les infirmiers ont volontiers une pensée de type opératoire pour eux-mêmes. Les événements saillants ou angoissants de leur vie sont énumérés sans affect apparent. Ils ne *“vivent pas”* le drame. Pourtant, même parmi ceux qui contrôlent le mieux leurs émotions, l'anxiété surgit par une voie détournée : dans la multiplicité des drames rapportés et dans l'intensité de la violence.

Si pour eux-mêmes, la pensée est volontiers de style opératoire, ils déplacent par contre toutes leurs craintes sur leurs collègues comme s'ils n'avaient le droit de phantasmer que pour autrui. Nous retrouvons là une norme socio-culturelle selon laquelle les hommes ne peuvent avoir peur.

— Chez les infirmières, le sur-moi collectif moins pesant permet l'expression assez libre d'affects angoissants.

“C'est à 2 heures du matin, quand les malades se réveillent très angoissées — un peu comme nous, il est vrai — que les risques de suicide sont les plus grands. C'est au plus noir de la nuit que les malades se cachent et se préparent à ce geste.”

“J'ai peur, c'est atroce... Quelquefois, j'aimerais réveiller une malade”.

2 — De cette situation permanente de stress, naît un véritable **vécu d'insécurité**. L'infirmier de nuit vit aux aguets. Certains le verbalisent directement :

“Rester seul est dangereux”.

“Quand je suis seule dans un service inconnu, j'ai peur qu'une malade ne devienne brusquement dangereuse et m'attaque”.

Leur vulnérabilité se trouve renforcée par le sentiment souvent profond de leur **totale impuissance** qui nous paraît un aspect fondamental : aucun secours ne peut être attendu d'autrui ou de l'extérieur. Tout espoir est vain.

“Nous ne pouvons rien faire, compter sur personne, pas même sur un malade pour nous aider ! ...

“En cas de danger, nous n'avons même pas le temps d'appeler à l'aide ! ”.

“Que voulez-vous qu'un infirmier fasse tout seul ? Il grillera avec ses malades... Les autres malades, paniqués, se tueront en se précipitant dans les escaliers...”.

Veiller seul la nuit dans de telles conditions psychologiques donne lieu, en effet, à une phantasmatisation assez riche.

3 — Dans la nuit, hors de la réalité et du temps, certains sont en proie à leurs **phantasmes** qui s'organisent autour de quelques thèmes.

* En particulier, les phantasmes d'agression, de loin les plus répandus.

En général, les hommes n'extériorisent guère leurs phantasmes personnels sauf si les conditions matérielles trop précaires de la veille les angoissent. Dans l'obscurité, les immenses dortoirs prennent une allure inquiétante (*“la nuit, les dortoirs avec tous ces corps allongés, immobiles, sont*

hallucinants...')) ; ou bien si l'absence de téléphone ou de sonnette à l'étage place l'infirmier, ayant à sa charge 60 à 70 malades, dans une situation d'impuissance complète :

"Dans la nuit, on peut très bien m'étrangler en toute tranquillité, sans que personne n'en sache rien... Je ne peux rien faire pour me défendre..."

Les femmes expriment plus volontiers leur peur d'être agressées :

"La moindre petite erreur de psychologie, et on risque de se faire démolir".

"J'ai peur des risques d'impulsion des schizophrènes. La malade marche doucement dans la nuit, à pas de loup, et se rapproche... On ne l'entend pas... et elle se déchaîne brusquement..."

La grossesse aggrave leur vulnérabilité, non seulement du fait de risques banaux (chutes, fausse-couches), mais aussi des dangers potentiels pour l'enfant. La réalité vient parfois confirmer ces craintes : telle malade psychotique, ayant subi un avortement thérapeutique, agressa à coups de chaise une veilleuse enceinte *"par jalousie et culpabilité"*.

Dans la nuit, la concentration sur un seul individu de la totalité de l'agressivité, habituellement dispersée sur l'ensemble du collectif soignant, crée un sentiment de **danger**.

De plus, l'angoisse de l'agression physique n'est-elle pas aussi le reflet d'une crainte, non verbalisée, celle de l'homosexualité ?

* Les phantasmes d'agression sexuelle surgissent parfois dans le discours des infirmières :

"Une malade, qui ne délire pas, m'a dit qu'il y avait un homme dans sa chambre. Je l'ai crue. J'ai eu très peur et je n'ai même pas pu la rassurer alors que c'était mon devoir".

"Après mon dernier accouchement, j'étais devenue très angoissée dans mon travail. Je prenais du Librium la nuit. J'avais peur pour l'enfant resté à la maison... surtout, je n'osais plus descendre au rez-de-chaussée, plongé dans l'ombre, où pouvait se cacher une malade, ou même, ce qui est pire, un homme venu dans la nuit se réfugier au chaud dans un service de femmes ! ! "

Plus banaux, ayant peut-être quelques racines dans la réalité, les phantasmes de rapports sexuels plus ou moins librement consentis des infirmières avec des malades.

Dans l'éventualité de création d'équipes mixtes d'infirmiers de nuit, autant que la crainte d'être entourées par de nombreux malades masculins, il nous a semblé percevoir chez certaines femmes une inquiétude à devoir veiller toute la nuit en compagnie d'un infirmier.

Si l'agressivité et la sexualité se partagent les principales préoccupations des uns et des autres, la mort, violente ou naturelle, moins largement extériorisée, n'en est pas moins présente.

* La mort, celle d'autrui et en résonance la sienne propre, n'est que rarement verbalisée, hormis un ou deux cas d'identification au mourant :

"Si c'était moi qui mourais, j'aimerais bien que quelqu'un reste près de moi et me tienne la main pendant les derniers instants... le plus longtemps possible. Ce n'est pas drôle de mourir seule la nuit sans un dernier contact".

Pourtant, toute l'activité des infirmiers converge vers le maintien de la vie. Il n'est qu'à voir l'anxiété déclenchée par un malade qui s'attarde aux toilettes, par un souffle un peu irrégulier...

La mort est-elle source d'une anxiété trop intense pour pouvoir l'évoquer ? ou bien est-elle *"ce sujet tabou dont personne n'ose parler"* ?

* Le phantasme du feu, ou plutôt de l'incendie, feu destructeur, recouvre l'un des soucis constants de l'infirmier.

Au cours d'une table ronde, la discussion s'étira sur l'anxiété suscitée par les risques d'incendie, sur les différents systèmes d'alarme et de protection mis en place pour une telle éventualité. Aucun des infirmiers ne se sentait véritablement en sécurité malgré l'ensemble des mesures prises par l'administration.

Le feu ne symbolise-t-il pas, en fait, tous les risques de violence, d'explosion d'affects angoissants ou destructeurs, tous les dangers cachés, à l'extérieur mais aussi à l'intérieur de lui-même, auxquels peut se sentir exposé le veilleur ?

* Enfin, à deux reprises, des infirmières ont laissé filtrer leur inquiétude quant aux motivations profondes de leur choix professionnel, et leur angoisse de la maladie mentale reprise à leur propre compte :

- l'une, en apparence détendue : *"On m'a dit que j'étais schizophrène. Après tout, quelle importance, si je n'en souffre pas ?"*

- l'autre, déprimée et au contact difficile : *"Je suis complètement coupée du monde extérieur... beaucoup trop J'aime la solitude, je la recherche, mais j'en ai un peu peur : c'est un gouffre !"*

La tonalité volontiers pénible de la vie phantasmatique des infirmiers ne traduit-elle pas **une crainte qui leur est commune : celle de l'inconnu.**

- Inconnu de la maladie mentale, anxiogène même sous les traits paisibles du sommeil.

- Inconnu de la nuit : (*"Tout paraît déroutant et inquiétant la nuit"... "Au moindre bruit insolite, je me panique"*).

- Inconnu des incidents pouvant survenir inopinément et surprendre le veilleur (*"J'ai toujours l'impression qu'il va y avoir un accident"*).

L'imprévu peut en effet surgir à chaque instant, remettant en cause un équilibre assez fragile, d'autant qu'aucun recours psychologique, aucune possibilité de *"récupération"* n'est offerte à l'infirmier pour *"métaboliser"* l'accroissement de l'anxiété.

III – LE VEILLEUR FACE A L'IMPREVU

Celui-ci peut revêtir deux aspects :

- Soit incidents redoutés, sources de nombreux phantasmes, comme nous l'avons vu.
- Soit remplacement en pavillon inconnu, situation qui réunit le maximum de conditions d'insécurité.

a) Les incidents redoutés de l'infirmier

La disproportion est considérable entre la réalité objective des incidents nocturnes et l'an-

xiété qu'ils déclenchent.

*Elle ne saurait mieux apparaître que de la juxtaposition de deux tableaux.

— Nous rappellerons brièvement la fréquence réelle de ces incidents pour 11 mois de l'année 1970 :

. Evasions nocturnes	5
. Tentatives de suicide	3
. Incendies	0
. Ivresses et rixes	2
. Traumatismes divers	13
. Décès	107

— et la rapprocherons des données statistiques fournies par les interviews. Nous y avons groupé par ordre d'importance décroissante les difficultés que les infirmiers appréhendent le plus au cours de leur travail (la majorité d'entre eux a nommé les deux types d'urgences les plus pénibles).

. Le suicide, cité par	70 %
. Le remplacement	56 %
. Les crises d'agitation	40 %
. Les incendies	23 %
. Les ivresses pathologiques	18 %
. Les maladies somatiques aiguës	12 %
. La mort	8 %
. Les fugues	2 %

L'anxiété découle de l'important fossé qui sépare les faits objectifs et la vision déformée qu'ils en ont.

Si certains types d'incidents sont redoutés des infirmiers, d'autres leur paraissent plus banaux.

*L'imprévu angoissant :

— Tout d'abord le suicide qui reste au premier plan de leurs préoccupations. Non seulement il met en cause leurs responsabilités professionnelles, mais les atteint narcissiquement dans leur idéal thérapeutique. Tout suicide dans un pavillon crée un bouleversement psychologique si profond qu'il est souvent suivi d'un congé pour l'infirmier, temps nécessaire à "*métaboliser*" angoisse, dépression et culpabilité, et à retrouver un certain "*regonflement narcissique*".

La crainte du suicide, en tant que menace permanente, pousserait les infirmiers s'ils l'osaient, à éclairer la lumière à chaque ronde, à écouter la régularité du souffle de chaque malade dans l'ombre (certains branchent les interphones dans ce seul but), à soulever les draps afin que les "*dormeurs bien-portants*" dont ils ont la charge, ne deviennent des morts.

— Les crises d'agitation, redoutées pour leur éclosion brutale, les phénomènes de réactions en chaîne avec escalade progressive de l'agressivité et de l'angoisse dans les échanges, les risques

de contamination de l'entourage par la violence (risques qui justifient certaines interventions précoces et "vigoureuses"), peuvent prendre une importance phantasmatique considérable.

Au-delà des très réels dangers potentiels qu'ils représentent, il nous a semblé que ces incidents pouvaient, de plus, atteindre narcissiquement les infirmiers, dans la mesure où ils remettent en cause très directement leur autorité, leur rôle de maintien de l'ordre et du calme au sein de la nuit.

Le degré de tolérance des infirmiers peut paraître d'un niveau assez médiocre. Mais en cas de nécessité aiguë, de quels moyens, autres que physiques, dispose un infirmier anxieux lui-même et insuffisamment formé aux techniques relationnelles ? Sécurisé dans une équipe de jour, il réagirait sans doute de façon plus adaptée.

A côté de l'imprévu très angoissant, les autres événements nocturnes, plus courants, ne déclenchent pas la même activité phantasmatique.

* Les incidents plus banaux ont une tonalité moins dramatique. Les maladies somatiques aiguës sont prises en charge par l'interne de garde. La mort naturelle, fréquente la nuit, paraît relativement peu préoccupante. Les fugues, ivresses, traumatismes divers, bien assumés par les infirmiers, peuvent prendre par contre plus d'importance aux yeux de l'administration quand est mise en jeu la responsabilité de l'hôpital.

Tous ces événements, anxiogènes à divers degrés, mettent parfois le veilleur en position difficile. Mais il est une situation qui décuple encore son anxiété, celle du remplacement.

b) Les remplacements

Très insécurisants, ils constituent l'éventualité la plus redoutée pour 55 % des infirmiers (immédiatement après les tentatives de suicide : 70 % et avant les crises d'agitation : 40 %), et ceci quel que soit le degré d'ancienneté et d'expérience dans la profession. Après 20 ans de spécialisation, ils restent éprouvants pour un infirmier sur deux. Quant aux jeunes diplômés, non seulement ils souhaitent unanimement leur suppression, mais quelques uns refusent même de veiller seul en service inconnu.

Leur fréquence paraît élevée : une infirmière sur une période de un an avait remplacé plus de huit mois et demi, ignorant chaque soir où le surveillant l'enverrait travailler ; son inquiétude se doublait d'un vécu de déracinement et de frustrations à ne même pas connaître les malades de "son" pavillon.

Au cours des remplacements, l'anxiété majeure toute cause d'inconfort physique ou moral :

- par perte des repères habituels dans l'espace : ignorance de la répartition géographique des lieux (chambres, placards, issues de secours), et des moyens de communication avec l'extérieur, très investis puisqu'après 25 ans d'expérience une veilleuse disait :

"Quand j'arrive dans un pavillon inconnu, je repère immédiatement où se trouve le téléphone, et je reste là, blottie contre l'appareil pendant toute la nuit... J'ai peur !"

- par une méconnaissance des malades, de leur comportement habituel, mais aussi de leur nom. Il arrive qu'en cas de décès, le remplaçant réveille les autres malades pour connaître l'identité de celui qui vient de mourir. Il redoute une erreur de sa part en cette occasion et n'ayant pas

toujours libre accès aux placards, est dans l'incapacité de restituer au mort ce qui lui appartient.

Le dénuement du veilleur remplaçant, son anxiété et son impuissance, rendent plus nécessaires certaines conduites de réassurance : en particulier les vérifications répétées à l'arrivée dans un pavillon ignoré, en une tentative de maîtrise de l'inconnu (reconnaissance méticuleuse des lieux... multiplication des rondes...).

En fait, l'imprévu sous ses différentes formes, ne peut prendre une telle importance que dans la mesure où l'infirmier n'y a pas été préparé par sa formation. Il utilise donc quelques conduites de réassurance banales, spontanément élaborées, mais de ce fait assez aléatoires.

IV – LES CONDUITES DE REASSURANCE

Nous ne reviendrons pas sur celles qui ont déjà été évoquées au passage : occupations nocturnes diverses, conduites orales, vérifications multiples ; mais nous insisterons par contre sur la quête de réassurance par le biais de contacts humains pour terminer par la distanciation par rapport aux événements traumatiques.

a) La recherche de contacts

Parfois avide, car la carence affective de l'infirmier de nuit est telle que toute relation peut devenir sécurisante et gratifiante :

- Tentative pour recréer ou retrouver la vie de groupe. Certains jeunes diplômés, qui tolèrent mal leur mutation la nuit, prennent leur poste dès 20 heures pour rencontrer les équipes d'après-midi.

- Recherche de contacts, que l'infirmier aimerait prolonger, avec les malades :

"la nuit, je bénis les insomniaques..."

Il s'agit plus de rapports d'être humain à être humain que de relation thérapeutique.

Parfois, en cas de remplacement, le veilleur est guidé dans un service étranger par un malade déjà connu en d'autres lieux, qui lui explique les modalités habituelles de fonctionnement, et constitue une présence manifestement rassurante pour l'infirmier en jouant le rôle d'un Moi auxiliaire (**véritable relation d'objet narcissique, type même de la conduite anti-dépressive**).

- Les relations avec le surveillant de nuit, seul recours possible dans la nuit.

Il répond à toute demande d'aide en cas d'incident, conseille et rassure. Nous n'avons pourtant pas eu l'impression qu'il représente réellement une figure parentale pour les jeunes diplômés anxieux et inexpérimentés. Deux faits sont à souligner :

- présent, il reste lointain ; ne visite qu'irrégulièrement les pavillons les plus excentriques de l'hôpital psychiatrique et n'a en général de rapports que très superficiels avec les infirmiers.

- surtout, représentant de l'administration, l'ambiguïté de son rôle est perceptible à chacun : aide et réconfort d'une part ; surveillance et contrôle des infirmiers d'autre part :

"pour moi, après 15 ans de veille, le surveillant n'est plus seulement un gendarme".

L'ambiguïté de la fonction du surveillant fait écho à celle des veilleurs dans leurs rapports avec les malades.

- Le besoin de contacts avec les autres veilleurs n'en devient que plus nécessaire.

— pour les plus jeunes, recherche d'une figure parentale sécurisante auprès d'un infirmier chevronné alors que les différences de génération et de conception de la psychiatrie rendent leurs rapports habituels plutôt difficiles. Les premiers qui refusent plus ou moins consciemment d'être intégrés aux équipes de nuit et ont volontiers une attitude de critique à l'égard de leurs anciens, se déchargent sur eux de la totalité des responsabilités nocturnes. Malgré une certaine gratification, l'agressivité perce dans la réflexion de cet infirmier spécialisé depuis de nombreuses années :

"Notre seule satisfaction est de voir arriver un soir celui qui quelques jours auparavant nous critiquait et qui, au bout d'une première nuit de veille, nous dit combien elle lui a paru longue et vide !"

— pour les autres, progressivement exclus au fil des années de toute vie sociale acceptable à l'extérieur de l'hôpital, et coupés de la vie diurne des pavillons, ils tentent de reconstituer un univers un peu chaleureux dans la nuit.

Certaines femmes, à l'occasion de veilles solitaires, éprouvent le besoin d'une présence solidaire mais lointaine par un appel téléphonique dans un autre pavillon.

Beaucoup parlent de **"la grande famille des veilleurs"**. Sans nier l'authenticité de ces liens forgés au cours de travail en commun et face à des difficultés identiques, peut-être ces relations restent-elles assez souvent superficielles (à l'occasion d'une demande de secours dans un pavillon... ; au moment du pointage...), brèves ou même restreintes géographiquement à un pavillon (certaine ancienne veilleuse parlait de *"solidarité de quartier"*).

La solidarité entre gens de la nuit n'est-elle pas en fait plus phantasmatique que réelle, véritable tentative de regonflement narcissique du groupe, tendant à maintenir à l'extérieur tous ceux qui en diffèrent ?

- Enfin, l'appel à l'interne de garde, élément de réassurance, n'est malheureusement pas toujours entendu dans son véritable sens, comme il apparaîtra plus loin.

Si le besoin de contact constitue un mécanisme privilégié dans la recherche d'une réassurance, d'autres moyens sont volontiers utilisés, en particulier les tentatives de prise de distance par rapport aux événements traumatiques.

b) Distanciation par rapport aux situations anxiogènes

Soit par une médiatisation des rapports avec les malades, plus nette encore en remplacement : interventions *"rapides et vigoureuses"* en cas d'incident ; emploi accru (et abusif, de l'avis même des infirmiers), des neuroleptiques et de la contention ; soins somatiques et hyperactivité (changes, perfusions...) car le contact par le corps est vécu comme moins angoissant.

Soit distanciation par l'humour ou même le grotesque : mort devenu ridicule dans d'autres vêtements que les siens..., mort qui se *"réveille"* inopinément au dépôt..., ou encore cette réflexion d'un jeune infirmier où la défense par l'humour se mêle à d'autres mécanismes, en particulier oraux :

“C’est moi qu’on appelle pour les décès. C’est un peu ma spécialité... J’aime bien conduire le corbillard, cela me donne l’occasion de rencontrer les infirmières dans leurs pavillons. Elles sont contentes de me voir et nous en profitons pour bavarder. Elles m’offrent du café, nous fumons et quelquefois nous “cassons - la - croûte”, avant d’emmener le corps...! ! ”.

Pour conclure, l’ensemble de ces diverses conduites de réassurance font quotidiennement la preuve de leur insuffisance à combler la solitude et à apaiser l’inquiétude des infirmiers. De plus, ceux-ci connaissent mal les phénomènes relationnels (surtout dans le travail nocturne). Au cours de leur formation, on ne leur apprend pas à analyser leur propre vécu. En fait, médecins et administrateurs qui, dans leurs activités diurnes, tentent de fournir de telles possibilités techniques aux équipes, ont-ils véritablement conscience de la même nécessité auprès des infirmiers de nuit ?

Ceux-ci se trouvent donc obligatoirement poussés à rechercher une aide auprès de ceux qui les entourent, mais qui, bien souvent, vont les décevoir dans cette attente.

CHAPITRE IV

RESEAU RELATIONNEL DE L'INFIRMIER DE NUIT

Ses caractéristiques, et en particulier sa pauvreté, ne sauraient mieux ressortir que d'une étude statistique sur l'importance relative des principaux contacts des infirmiers de nuit.

L'enquête réalisée livre quelques chiffres que nous donnerons sans commentaire.

De l'avis des infirmiers, les contacts les plus fréquents se font avec :

. les malades	60 % des réponses
. les équipes de jour	50 %
. les surveillants de nuit	40 %
. les autres veilleurs	33 %

Deux faits sont à souligner :

- aucun des 50 infirmiers n'a cité l'interne de garde ou les médecins comme éléments de son réseau relationnel ! !

- au fur et à mesure qu'il acquiert de l'ancienneté dans sa spécialisation, le champ de ses contacts sociaux se rétrécit aux seuls surveillants de nuit et aux autres veilleurs.

Isolé socialement dans sa vie d'être humain à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, quels contacts l'infirmier de nuit peut-il nouer dans sa vie professionnelle ?

Après l'analyse du type de relations qu'il entretient dans son travail nocturne avec l'interne de garde, nous approfondirons ses rapports avec le personnel hospitalier de jour (qu'il soit infirmier ou médical), rapports dont les deux caractéristiques : **absence ou insuffisance** d'une part, **ambivalence et agressivité** d'autre part, se retrouvent en filigrane tout au long de ce chapitre.

I – LES RELATIONS NOCTURNES DU VEILLEUR : L'INTERNE DE GARDE

Au-delà des motifs d'appel à l'interne, il faudra tenter de découvrir le sens profond de la demande de l'infirmier, à laquelle il n'est souvent pas répondu, d'où la naissance de relations violentes teintées d'agressivité.

a) La fréquence et les motifs d'appel

La fréquence des appels paraît peu élevée (d'ailleurs aucun infirmier n'a mentionné l'interne de garde dans son réseau relationnel).

Les motifs, beaucoup plus souvent que psychiatriques, semblent somatique, ou à pré-

texte somatique. A cela, deux raisons possibles :

- l'expérience psychiatrique personnelle des infirmiers leur permet de faire face à un certain nombre d'urgences de ce type, d'autant que dans quelques cas l'idéal personnel de l'infirmier ou l'idéologie du médecin concourent à la résolution de tels problèmes psychiatriques à l'intérieur même du service.

- la compétence des infirmiers en matière de médecine générale reste médiocre. Peut-être n'est-elle que le reflet direct des lacunes de l'enseignement reçu, et le reflet indirect du désintérêt des psychiatres pour tout ce qui touche au corps ?

Quoiqu'il en soit, l'interne appelé se trouve donc placé dans un rôle de médecin somaticien essentiellement.

Derrière cette réalité somatique, se cache en fait bien souvent une autre demande, une attente du veilleur.

b) Motif de l'appel et sens profond de la demande

Tout interne éveillé au milieu de la nuit pour prescrire un somnifère ou quelques gouttes de collyre, perçoit le fossé qui sépare le prétexte somatique invoqué et le besoin réel de l'infirmier dont la demande devra être replacée à son véritable niveau.

Quelle est l'attente du veilleur ? Il espère de l'interne un soulagement pour lui-même :

- recherche d'un contact humain pour rompre son isolement habituel.
- partage des responsabilités longtemps assumées seul au fil des nuits.
- surtout besoin profond de réassurance. Toute thérapeutique, même anodine, ordonnée au malade, sécurise l'infirmier.
- déculpabilisation dont la nécessité apparaît dans la fréquence des appels à 21 H. et 5 H. du matin, au moment des changements d'équipes, comme pour s'assurer avant le départ qu'aucun oubli ou erreur n'ont été commis. Cette culpabilité diffuse se cristallise quand se pose le problème de la contention nocturne des malades. Celle-ci est plus fréquente la nuit que le jour, du fait des éléments de réalité (un seul infirmier pour plusieurs dizaines de malades), et du fait de l'anxiété des uns et des autres. Ainsi, la seule fonction de l'interne de garde, après une crise d'agitation parfaitement assumée par les veilleurs, consiste-t-elle à cautionner la contention et à déculpabiliser l'infirmier.

Mais, en réalité, à cette attente de l'infirmier, il n'est pas toujours répondu.

c) La relation avec l'interne de garde est pervertie, dès le départ, pour plusieurs raisons.

- Il n'est pas exceptionnel que l'interne refuse de se déranger pour ce qu'il considère, à distance, comme un incident bénin, et se contente de prescrire par téléphone.

- Il n'assume que la seule fonction de médecin somaticien auprès du malade, telle qu'elle lui est offerte, sauf peut-être dans son propre pavillon. Dans ce cas, le rôle de psychiatre ou de thérapeute institutionnel peut devenir possible.

Ailleurs, il perçoit mal, ou refuse plus ou moins inconsciemment, de répondre à la

demande de sécurisation autrement que de façon superficielle.

De plus, le mode de formation dispensé à l'interne (insuffisance de sensibilisation aux phénomènes relationnels et d'analyse de son propre vécu), le pousse à fonctionner en effet en somaticien.

- La relation est faussée car elle reste hiérarchisée.

- *"On ne dérange pas l'interne de garde pour rien"*, car éloigné d'une part, il est surtout médecin d'autre part. D'ailleurs, 20 % des infirmiers de nuit signalent qu'ils n'osent pas faire appel à lui chaque fois qu'ils en éprouveraient le besoin.

- L'interne supporte mal d'être dérangé trop souvent ou *"inutilement"* et le laisse parfois sentir.

- En effet, appelé la nuit, il continue à fonctionner sur le même modèle que l'ensemble du personnel de jour de l'hôpital. Ambassadeur des projections des gens de jour, il n'arrive pas, ou mal, à s'identifier au veilleur dans sa fonction. La preuve en est fournie par la pression qu'il exerce volontiers, de façon plus ou moins directe, sur l'interne en titre du pavillon lorsqu'il estime y être appelé trop fréquemment ou sans motif valable.

Cette perversion des relations entre le veilleur et l'interne de garde rend difficile la prise en charge désirée par l'infirmier.

d) Du décalage entre le niveau de la demande et la réponse apportée, naissent frustrations et réactions agressives, à l'origine de rapports parfois difficiles.

1 — Type de relations entre le veilleur et l'interne.

L'agressivité ressentie à l'égard de l'interne prend plus d'ampleur encore par l'accroissement de l'inquiétude du veilleur abandonné face à ses responsabilités. Son vécu habituel d'incompréhension et de rejet par autrui se trouve alors confirmé et ravivé dans la réalité. D'où l'hostilité non déguisée qui perce dans certaines réflexions : *"Ce n'est pas lui qui supporte les malades toute la nuit !"* ; ou encore cette annotation dans un cahier de rapport : *"Nous avons appelé l'interne de garde qui a ordonné pour tout traitement de rester cinq minutes auprès de la malade en lui tenant la main pour qu'elle s'endorme !"*.

2 — Mais, peut-être, de telles relations peuvent-elles naître de quelque frustration parallèle chez l'interne ?

Les conditions psychologiques précaires de la garde médicale sont assez proches de celles de la veille des infirmiers : l'interne n'attendrait-il pas, lui aussi, quelque chose du veilleur ? En l'absence de réponse, l'agressivité peut également se faire jour chez lui. Sa semaine se situe peut-être parfois au niveau de la réassurance, surtout pour les plus jeunes qui peuvent ignorer la topographie de l'hôpital, sont mal familiarisés avec la maladie mentale et maîtrisent plus ou moins complètement la médecine d'urgence.

Si les conditions de travail nocturne de l'infirmier et de l'interne les rapprochent assez souvent, dans d'autres cas, par contre, une certaine incompréhension ou déception mutuelles engendreraient des rapports agressifs réciproques.

Il semble donc que la **distorsion de la communication** soit assez habituelle pour différentes raisons, si bien que les relations aux infirmiers de nuit ne peuvent être de nature psychothérapeutiques, d'autant qu'elles ne sont ni analysées ni conceptualisées par l'infirmier, pas plus que par l'interne, seul médecin dans la nuit. D'où l'importance accrue des contacts avec le personnel de jour, seule aide et modèle relationnel qui subsiste pour le veilleur. Mais la demande de ce dernier ne trouverait pas, là non plus, l'écho souhaité.

II – LES RELATIONS DES INFIRMIERS DE NUIT AVEC LE PERSONNEL DE JOUR (INFIRMIERS – INTERNES – MEDECINS)

La mise en place des canaux de liaison existant entre personnel de jour et de nuit, nous amènera aux types de relations s'établissant entre ces deux groupes bien distincts pour conclure que tout comme avec l'interne de garde, ces rapports sont entièrement faussés.

a) Les canaux de liaison

1 – Les canaux de liaison existants.

Ils apparaissent à la fois médiatisés et insuffisants.

Le simple passage de consignes, destiné à assurer un minimum de fonctionnement au niveau du service, se fait en quelques mots prononcés sur le seuil de la porte, au départ de la deuxième équipe.

Le cahier de rapport :

– Même succinct il permet à l'infirmier de connaître les principaux événements du service et l'évolution des malades.

– En l'absence de contacts directs, il représente sa seule possibilité de s'exprimer auprès d'autrui. L'isolement et l'anxiété y affleurent souvent :

“Mme G... devient plus agressive chaque nuit. Etant seule dans le service pour faire la garde sur deux étages, cela devient très ennuyeux. Il ne crains pas les malades, loin de là, mais avec Mme G... un mauvais coup serait vite arrivé. Qu'en pensent les médecins ? ”.

Les infirmiers ont le sentiment que leurs remarques ou demandes d'aide restent lettre morte :

“Voilà plus d'un mois que cette malade ne dort pas et est signalée chaque soir dans le cahier de rapport. Ne peut-on vraiment rien faire pour qu'elle dorme un peu ? ”.

C'est là un phénomène très généralisé car plus de **90 % des infirmiers ne s'estiment pas normalement “entendus” des médecins**, et aucun de ceux que nous avons rencontrés, même parmi les plus jeunes encore partiellement intégrés aux équipes de jour, ne pense pouvoir être compris d'autrui quel qu'il soit !

– Reflet assez lointain de la vie nocturne du pavillon, le cahier de rapport voit fleurir au fil des nuits les très classiques : *“Service calme...” “Rien à signaler”..* entrecoupés des quelques banalités habituelles.

- Dans ce cas, faut-il voir la réalité comme aussi morne et vide ? C'est possible, en parti-

culier dans certains services de malades chroniques ou de vieillards, tôt couchés après le repas du soir, et avec lesquels les occasions de contact sont réduites.

- Faut-il comprendre que les veilleurs, par lassitude, finissent par renoncer à se faire comprendre d'autrui, bloquant ainsi le passage des informations et s'isolant encore plus de l'activité diurne des pavillons ?

- Conservent-ils pour eux seuls, dans l'espace clos de la nuit, tous les petits faits, ou échanges dont ils tirent quelque gratification, sans vouloir les partager avec autrui ?

- Et ne serait-il pas souhaitable qu'autrui tente parfois d'aller au-delà des banalités énoncées pour une meilleure approche des malades mais surtout des infirmiers ?

De toute façon, la précarité du passage des informations entre le jour et la nuit paraît généralisée, d'autant que personnels de jour et de nuit sont exceptionnellement réunis.

Les réunions d'équipe,

* Aux réunions diurnes, organisées dans les pavillons depuis de nombreuses années, la troisième équipe est en principe conviée. Pourtant, elle n'y participe qu'exceptionnellement.

A cela, plusieurs raisons :

— Elles ont lieu dans la journée quand le veilleur dort ou accomplit diverses activités ménagères ou familiales.

— Elles exigent d'eux des heures supplémentaires non payées par l'administration.

— Même invités aux réunions, ils s'y sentent en minorité, mal à l'aise, et non intégrés au groupe soignant.

* Quelques réunions mensuelles nocturnes ont été instaurées dans deux ou trois services, soit entre médecins et veilleurs, soit en y associant les équipes d'après-midi. En général, ces tentatives ont échoué assez rapidement par lassitude de la part des médecins qui se retranchent derrière des éléments de réalité (horaires surchargés - réunions médicales ou administratives), ou se déculpabilisent de cet abandon en percevant la demande des infirmiers comme ambivalente. Il est certain que d'assez fortes résistances psychologiques, aussi bien chez les veilleurs que chez les médecins et infirmiers de jour, viennent encore perturber les possibilités de communication verbale.

L'ambivalence des uns et des autres perpétue les clivages.

Les moyens de communication déjà existants (passage de consignes, cahiers de rapport, réunions), prennent d'autant plus de valeur en l'absence quasi-complète de rapports personnalisés.

Les contacts inter-personnels sont en effet restreints.

- avec les équipes de jour, le fossé se creuse au fil des ans jusqu'à une simple juxtaposition, sans échanges entre elles.

- avec les médecins :

— Ou bien n'existe aucun contact. **Une veilleuse n'avait pas rencontré le médecin-chef depuis plus de 12 ans.** Il en va d'ailleurs de même avec l'interne du service.

— Ou bien, les rapports se font en une relation très hiérarchisée, dans un contexte parfois pénible. (Convocation de l'infirmier par le médecin à la suite d'un

événement grave, tentative de suicide nocturne par exemple)... (demande de la part de l'infirmier lorsqu'il s'estime lésé dans l'établissement des notes de fin d'année...).

En l'absence de relations inter-personnelles valables, les contacts entre personnel de jour et de nuit ne peuvent qu'être perturbés. Réduits au minimum d'une part, ils sont presque toujours médiatisés d'autre part par les cahiers, notes de service, etc...La médiation se fait d'ailleurs à un double niveau : la demande du veilleur, écrite uniquement, s'exprime de plus par le biais du malade. Le symptôme de ce dernier, seul moyen d'entrer en relation avec autrui, et recouvrant volontiers un certain besoin de prise en charge, reste souvent ignoré.

D'où le désir des infirmiers de favoriser la communication entre le jour et la nuit.

2 – Les souhaits d'amélioration de la communication.

Exprimés par 35 % d'entre eux, ils viennent au deuxième rang de leurs suggestions après l'augmentation des effectifs (55 %) et avant les demandes d'améliorations matérielles (20 %).

Si quelques uns souhaitent un chevauchement des équipes, tel qu'il est réalisé dans les hôpitaux généraux et certains hôpitaux psychiatriques, ce système ne rallie qu'une minorité de suffrages. De plus, les infirmiers situent l'obstacle au niveau de l'administration qui, à leur avis, le refuserait pour des raisons pécuniaires (une heure de travail supplémentaire par jour pour chacun avec, de plus, la nécessité de respecter les 40 heures de travail hebdomadaire), et parce qu'elle n'en comprendrait pas l'utilité :

"Ils nous imagineraient en train de faire une belote avec les infirmiers de jour ! "

La majorité préférerait des réunions (demandées par 25 % d'entre eux), plus favorables aux échanges affectifs, et faites dans la soirée, au moment de leur prise de poste, à un rythme d'environ une fois tous les deux mois. Les infirmiers voudraient y trouver à la fois des informations médicales et professionnelles, dans le sens d'un véritable recyclage, mais surtout des contacts et une prise en charge par les médecins et internes, véritables figures parentales du groupe.

Indispensables, de telles réunions ne constitueraient cependant qu'une tentative de solution positive mais partielle, au problème beaucoup plus global de l'infirmier de nuit à l'hôpital psychiatrique. On peut espérer qu'elles permettraient cependant une certaine verbalisation dont l'absence actuelle marque profondément le style des rapports entre personnel de jour et de nuit.

b – Types de relations des veilleurs avec le personnel de jour (infirmiers – internes – médecins).

Elles sont placées en permanence sous le double signe des clivages et des mécanismes projectifs.

1 – L'absence de communication institutionnalisée a pour conséquence un clivage quasi-complet entre le jour et la nuit.

Les deux groupes, personnel de jour et personnel de nuit, fonctionnent de façon étanche, sans échange vrai, ce qui engendre un véritable "oubli" de l'infirmier de nuit.

"Oublié", le veilleur l'est à différents niveaux :

D'une part, au sein même de l'équipe, en de multiples occasions que nous limiterons à quelques exemples.

— Bien souvent, la 3ème équipe n'est pas invitée aux réunions avec les médecins, aux fêtes des pavillons, ou aux rituels apéritifs à l'occasion de départs ou de promotions.

— Par le même processus, médecins et internes semblent "ignorer" le veilleur comme membre à part entière de l'équipe : certains infirmiers n'ont pas eu l'occasion de rencontrer le médecin-chef depuis plus de 10 ans... Aucun d'entre eux ne connaît l'interne et quelques uns ne savent même pas qu'il change chaque année... C'est ainsi qu'une veilleuse, à quelques jours de la retraite, après 35 ans de service, me rappela dans la cour du pavillon pour me demander timidement : *"Dites, Mademoiselle, est-ce que vous ne seriez pas, par hasard, l'interne de notre service ? Cela m'aurait fûit plaisir de le connaître avant de prendre ma retraite .."* Je dus la décevoir.

— Parfois, les notes de service, laconiques, n'en soulignent que mieux l'exclusion de la troisième équipe : *"La réunion pour les notes aura lieu avec le médecin du service tel jour à telle heure pour les deux équipes du matin et de l'après-midi"*.

Par le truchement du cahier de rapport, la réponse vint le soir même :

"Et M... ! (sic) pour la 3ème équipe ! "

"Oublié" en tant qu'individu au sein des équipes, l'infirmier de nuit l'est aussi en tant que thérapeute. Cette non reconnaissance du statut de thérapeute par autrui fera l'objet de certains développements ultérieurs.

Et même, comme il apparaîtra au chapitre suivant, l' "oubli" peut se faire globalement au niveau de l'hôpital psychiatrique pris dans la totalité de ses structures (au cours des réunions du conseil médical consultatif par exemple).

"Ignoré" d'autrui, l'infirmier a un véritable vécu d'abandon et de rejet.

Il est abandonné par les équipes mais surtout par les médecins qui, pourtant investis d'un rôle hiérarchique et de psychiâtre, ne remplissent pas son attente. Même bien perçue (comme en témoigne cette annotation d'un médecin : *"Si la veilleuse s'inquiète et s'agite, donner à la malade un comprimé de Largactil"*), la demande n'est pas satisfaite, d'où une véritable situation traumatisante d'abandon :

"La troisième équipe est différente des autres. Elle n'a pas de Papa ! ", aggravée probablement par une certaine rivalité avec les équipes de jour, plus gratifiées sur de nombreux plans, et qui, elles, ont un Père.

A un degré de plus, abandonné par ceux-là mêmes qui pourraient ou devraient le comprendre, il se sent exclu et rejeté dans sa solitude nocturne face à ses responsabilités et son anxiété.

"L'infirmier est muté dans les équipes de nuit à la demande du médecin et y est volontairement oublié par ce dernier".

Au cours de l'enquête, 15 % des veilleurs ont cité le rejet comme au premier plan de leurs affects au cours du travail de nuit.

Pourtant si la réalité vient très souvent les confirmer dans cette opinion, nous avons à différentes reprises rencontré des infirmiers de nuit qui, de façon plus ou moins consciente, s'étaient assez aisément "*laissés oublier*" d'autrui, tout comme certains malades "*se font oublier*" à l'hôpital.

Dans un tel climat relationnel, l'agressivité, peu ou non verbalisée, s'épanouit comme source de véritables relations conflictuelles qui, si elles sont peu favorables, représenteraient pourtant un progrès par rapport à l'absence complète de communication.

2 – Les relations conflictuelles

Usuels entre le jour et la nuit, bien qu'à des degrés divers, de tels rapports s'instaurent entre équipes inverses ("*ou plutôt adverses*" disait l'un de nos interlocuteurs) mais aussi entre veilleurs et médecins.

Après avoir montré quels facteurs favorisent les rapports de ce type, et en avoir donné des exemples, nous concluerons sur l'impossibilité pour chacun, et dans les conditions actuelles, de fonctionner sur une modalité autre que projective.

En effet, le modèle relationnel entre ceux qui travaillent le jour et la nuit, se trouve placé non seulement sous le signe de la non - communication,

- mais aussi des **frustrations sources d'agressivité**, d'ailleurs réciproque, et d'interprétations erronées.
- de plus **l'ambivalence indéniable de part et d'autre perpétue les clivages**, et s'en trouve bien.

Les conflits, latents ou évidents, ne manquent pas, qui ne peuvent jamais être analysés ni même abordés en l'absence de réunions ou même de simples contacts inter-personnels. Du fait de la multiplication des **projections phantasmatiques** de part et d'autre s'établit parfois un véritable **système relationnel de type paranoïaque**, qui fait en permanence d'autrui "*le Mauvais*".

Les exemples fourmillent de ce style de rapports, soit entre équipes de jour et de nuit, soit entre médecins et veilleurs. D'ailleurs, d'une façon globale, plus de 50 % des infirmiers de nuit qualifient les contacts avec leurs collègues de jour de "*difficiles*" et 25 % d' "*impossibles*".

L'agressivité réciproque paraît bien l'un des ressorts fondamentaux de la dynamique relationnelle.

Ecrite ou orale, elle peut surgir au moindre prétexte, amplifiée par la peur nocturne qui dramatise les dissensions: "*la 2ème équipe, pourtant au complet, n'ayant pas trouvé bon de donner sa potion à Mr G..., sous prétexte qu'il la refusait, ceci a pour effet de nous laisser seul face à un malade très excité qui cherche à ce qu'on le malmène pour riposter violemment. Le malade pourrait devenir dangereux pour le veilleur*".

Les conflits, souvent banaux, éclatent parfois dans les cahiers de rapport en des prises de position de type caractériel :

"*Nous demandons à la veilleuse de bien vouloir arriver à l'heure afin que la tournée du soir soit faite comme il se doit. Cela couperait court à tout commentaire.*"

Réponse : — Ma collègue était là au moment de la relève ; rien ne vous empêchait de faire la tournée avec elle ... ”

Ou encore :

“Mademoiselle M... pleure une partie de la nuit. Que faut-il faire ?

Réponse : — Un peu de psychothérapie !

L’infirmier de nuit : — Avez-vous déjà essayé d’en faire avec 80 malades sur 2 étages ? ”.

Les malades mêmes peuvent devenir des armes entre les mains des protagonistes : ainsi, dans un service, quelques malades cristallisent l’agressivité des équipes, avec escalade progressive dans les échanges, auxquels chacun participe (veilleuses d’une part, infirmières de jour, cheftaine et médecin d’autre part). Comme réifiées, les malades du pavillon sont “utilisées” dans un but hétéro-agressif. Les crises d’agitation, symptômes probables des conflits inter-équipes, se multiplient. L’interne de garde est appelé la nuit non seulement pour obtenir du secours, mais surtout pour faire indirectement pression sur le personnel de jour et les médecins.

Les relations avec médecins et internes sont calquées sur les précédentes :

— Ceci nous évoque un souvenir personnel. Comme une malade se plaignait chaque matin d’insomnie malgré les thérapeutiques, nous avons demandé dans le cahier :

“Comment cette malade dort-elle ? ”

La réponse nous fut donnée le lendemain :

“Sur le dos, comme tout le monde ! ”.

— Les mécanismes projectifs peuvent parfois fausser les relations avec les médecins. En voici un exemple typique tiré d’un cahier de rapport :

— Le médecin du service :

“Chère Madame,

Pourriez-vous éviter de déranger si souvent Monsieur l’interne de garde au sujet de Mademoiselle R... dont vous connaissez bien les réactions. Vous devez la laisser jouer la nuit, s’il le faut, sans la contrarier, car vous savez que dès qu’elle est empêchée de faire quelque chose, elle se bute et fait du bruit. Quant au traitement, il convient de le modifier un peu, je vous l’accorde ! ”.

— L’infirmière de nuit :

“Monsieur le Docteur,

Si je téléphone à l’interne de garde, c’est à cause du bruit que fait Mademoiselle R... Elle dérange ses compagnes, chante à tue-tête, claque les portes... Personnellement, si elle restait silencieuse la nuit, même en jouant aux cartes, je ne jugerais pas nécessaire de prendre conseil au téléphone de Monsieur l’Interne de garde. Peut-être pourriez-vous, pourtant, nous donner des consignes pour agir seule, sans déranger personne ? ”.

Agressivité et positions caractérielles prennent parfois un aspect aigu et laissent libre cours au développement de phantasmes persécutoires.

“Si une erreur est commise la journée : il s’agit d’un léger oubli ; mais la nuit, bien sûr,

c'est parce que le veilleur dormait...”

“En cas d'incident nocturne, un doigt se lève immédiatement dans l'assemblée pour désigner l'infirmier en faute ce soir là ! ”.

Ces phantasmes atteignent l'infirmier non seulement dans son rôle, mais aussi en tant qu'individu :

“Quant on est seule la nuit pour veiller, sans personne pour vous contrôler, on peut vous accuser de tout, et en particulier de vols”.

Il est très rare que certains soient en mesure d'analyser leur vécu et de prendre conscience de leur propres mécanismes projectifs :

“La nuit, quand on est seule, hors de la réalité tangible, on rumine ses propres pensées, et on se persécute ! ”.

Ces différents exemples illustrent bien les modèles relationnels caractéristiques établis entre l'équipe de nuit et ceux qui travaillent le jour, et mettent en lumière l'importance et la fréquence du système paranoïaque de projections réciproques. Pourtant, si dans les contacts avec les équipes de jour, l'agressivité se libère à l'état pur, avec les médecins, celle-ci est sans doute plus contenue (mais en même temps aggravée ?) par la notion de hiérarchie.

Pour conclure, il apparaît qu'**en l'absence de verbalisation ou d'analyse le cercle vicieux instauré (clivages - agressivité - projections paranoïaques) ne peut que persister.**

Le problème de la dichotomie entre équipes de jour et de nuit semble passer inaperçue de Woodbury lui-même dans son travail sur *“l'Equipe thérapeutique”*, peut-être parce qu'une fois de plus la 3^{ème} équipe n'est pas considérée comme véritablement *“soignante”*. Si la thérapie institutionnelle repose sur l'analyse et la cure des scissions, ses partisans ne paraissent pas avoir pleinement conscience de ce clivage fondamental.

Dans de telles conditions, la valeur psychothérapique institutionnelle de structures hospitalières qui n'organisent de réunions que pour les seules équipes du matin et de l'après-midi, en laissant subsister, par ailleurs, de tels clivages, ne s'en trouve-t-elle pas limitée ?

AUTRUI ET LE PROBLEME DES VEILLEURS

Après avoir précisé, au cours du chapitre précédent, les principaux noeuds du réseau de l'infirmier de nuit et les modèles relationnels établis avec autrui, nous allons en miroir essayer d'esquisser l'image du veilleur telle qu'elle apparaît à la suite de diverses interviews de médecins-chefs, surveillants de jour et de nuit, internes, délégués syndicaux, administrateur et médecin du personnel ; toutes personnes dont il dépend à titres divers.

Au-delà de la simple opinion d'autrui, il s'agit des relations, volontiers phantasmatiques du fait des clivages, qui se déroulent sur un double plan :

- comment autrui phantasma le veilleur,
- comment le veilleur imagine le phantasme d'autrui à son sujet.

Malgré la diversité des interlocuteurs, nous retiendrons quelques faits communs saillants et quasi-constants dans leur discours : d'abord quelles difficultés chacun éprouve à s'identifier aux infirmiers de nuit, puis les systèmes défensifs mis en place ; et terminerons sur le vécu d'impuissance des uns et des autres face à ce problème : impuissance qui n'est pas seulement reflet de celle des infirmiers mais traduction d'une certaine ambivalence, d'ailleurs réciproque.

I — LES DIFFICULTES D'IDENTIFICATION COMPLETE A L'INFIRMIER DE NUIT

Elles sont telles, et si fréquentes, qu'à aucun moment l'image offerte de lui au cours des interviews n'a pu être autre que **fragmentaire**.

Si nous pensons, certes, bien naturel que chacun envisage le problème tout d'abord dans une optique qui découle logiquement de son rôle habituel auprès de lui, n'est-il pas étonnant que personne n'ait pu, ou essayé, d'appréhender ses difficultés de façon plus globale et l'individu dans son intégrité d'infirmier et de personne humaine ?

a) Le groupe des médecins

(Qu'ils soient médecins-chefs, internes, internes de garde ou médecin du personnel), réfléchit en miroir une *"image éclatée"* de l'infirmier de nuit :

Nous ne reviendrons pas sur les internes des pavillons, limitant leur fonction à celle de thérapeute institutionnel du seul jour, aux dépens des infirmiers de nuit qui ne peuvent être intégrés dans les équipes soignantes de leur propre pavillon, et sont volontiers victimes *"d'oublis"*.

En tant que représentant du personnel et de l'activité diurne des services, l'interne se trouve en effet dans l'impossibilité de s'identifier à eux, mais il n'est pas le seul.

Plusieurs médecins-chefs, fonctionnant comme responsables et organisateurs

des équipes, réduisent (au moins en apparence ! !) l'intérêt qu'ils leur portent à leurs propres difficultés de recrutement ou de planification ; ou encore tentent de répondre au niveau matériel à d'énormes besoins psycho-affectifs (essais d'occupation en faisant préparer la nuit les traitements diurnes et recopier les feuilles de traitement : *"comme si cela pouvait nous revaloriser ou calmer notre anxiété ! "* commentait une infirmière).

Ce fragment de l'image morcellée du veilleur forme un *"écran"* d'ordre technique entre ce dernier et autrui, mais il en est d'autres.

L'interne de garde, seul médecin rencontré — encore qu'exceptionnellement — fonctionne surtout dans le registre de la médecine somatique, au niveau du seul symptôme du malade, tel qu'il lui est proposé, et n'assume pas ou mal son rôle de psychiatre institutionnel. Dans ces conditions, il *"scotomise"* souvent le problème de l'infirmier de nuit.

Si tous les médecins psychiatres s'identifient mal à la 3ème *"équipe"* autrement que par un rôle, l'opinion plus nuancée du médecin du personnel, seul non psychiatre, peut être individualisée.

Le médecin du personnel n'étant pas directement impliqué dans ses relations avec la 3ème équipe, fait preuve de plus de neutralité, appréhende mieux leur difficultés névrotiques, ressent la nécessité d'une certaine réparation et accepte, de ce fait, assez volontiers de demander pour les jeunes diplômés mal adaptés leurs mutations dans les équipes de jour. Leur vécu lui est suffisamment perceptible pour conclure ainsi :

*"Il faudrait les intéresser à leur travail, accepter qu'ils puissent enfin **"vivre"** pleinement c'est-à-dire communiquer avec autrui".*

Il semble donc que les médecins psychiatres n'ont peut-être pas forcément la conscience la plus aigüe du problème de la nuit ; ou plutôt, il leur est difficile, du fait de leur position, de le considérer de manière objective et dans sa totalité.

Si le médecin du personnel, placé en dehors du système relationnel plus ou moins faussé des infirmiers, constitue éventuellement une aide positive en leur offrant certaines possibilités de *"récupération narcissique"*, par contre quelques inconvénients perturbent cette relation :

- assez rare,
- elle reste médiatisée par le corps le plus souvent.
- sa neutralité n'est pas totale car le médecin du personnel représente quand même l'administration.
- enfin, elle dépend surtout de la personnalité même de ce dernier, et ce qui nous semble exact aujourd'hui et dans le cadre précis du Vinatier, ne le serait peut-être pas à un autre moment et dans un autre lieu.

Si les médecins ne peuvent prendre en charge globalement l'infirmier et ne renvoient de lui qu'une image morcellée, cette difficulté se retrouve identique, ou même renforcée, chez les surveillants et administrateurs.

b) Au niveau administratif

Nous n'insisterons pas sur l'importance des problèmes techniques mis en avant. Par contre,

la majorité des veilleurs semble considérer l'attitude de l'administration à leur égard comme neutre, ou même plutôt bienveillante, car elle remplit du moins sa fonction en les rémunérant, alors que les médecins, en les abandonnant à leur solitude, renoncent à assumer leur rôle parental (1).

Personne n'ayant pu, jusqu'à présent, aller au-delà des limites imposées par son propre rôle pour aborder le problème des veilleurs, il est intéressant de connaître la position de ceux qui ont pour charge de les défendre. Bien que différente, est-elle plus favorable ?

c) Au niveau des syndicats

Il reste mal individualisé de la masse du personnel infirmier de l'hôpital. La principale revendication (l'augmentation des effectifs) n'étant qu'un aspect du problème global de recrutement pour l'ensemble du Vinatier. L'absence de demande spécifique formulable par l'infirmier de nuit expliquerait le caractère exceptionnel des actions entreprises dans son intérêt.

S'il est un peu *"méconnu"* des syndicalistes, ceux-ci lui reprochent son manque de participation : il n'assiste pas aux réunions, même à l'époque où elles étaient occasionnellement organisées à 6 heures du matin ou à 21 heures.

"Quand un infirmier passe dans l'équipe de nuit, il rompt les ponts avec le monde et la vie, se désintéresse des activités syndicales, d'autant plus qu'il est très peu motivé pour militer"

Certains veilleurs se disent un peu *"oubliés"* de ces derniers, ou du moins très mal informés (en cas de grève par exemple) : là encore la communication se fait mal entre le jour et la nuit. Plus ou moins coupés du monde extérieur, parfois ignorés du corps médical, ils ne se sentent même plus concernés par les problèmes infirmiers.

On pourrait donc dire que lorsqu'ils ne sont pas *"oubliés"*, ils ne peuvent établir avec autrui qu'une relation partielle. Tout comme l'intérêt porté au seul symptôme du malade sert d' *"écran"* contre une relation globale avec ce dernier, la *"relation d'objet partiel"* instaurée avec le veilleur a pour chacun **valeur de défense** contre une *"relation d'objet total"* plus angoissante.

D'ailleurs, ce mécanisme laisse place à d'autres systèmes dépendants qui se font jour au cours des interviews.

II – LES SYSTEMES DEFENSIFS

Ils sont variables, et fonction de la personnalité de chacun.

La défense par la réalité est fréquemment utilisée par tous ceux qui mettent en évidence les nombreux obstacles auxquels ils se heurtent dans leurs tentatives d'aide et de revalorisation de la 3ème équipe (horaires tardifs, nécessité de respecter le sommeil des malades, effectifs insuffisants...) ; toutes conditions matérielles dont se dégage pour autrui un sentiment d'impuissance. De même la réalité (occupations diurnes diverses de chacun, réunions ou travaux personnels) sert d' *"écran"* et a une fonction déculpabilisante.

La fuite manifeste du problème dans la philosophie a conduit certains interlocuteurs à développer, pour thèmes essentiels de leur discours, des considérations d'ordre sociologi-

(1) A ce propos, il est permis de se demander si notre position de médecin n'aurait pas partiellement induit une telle appréciation sur l'administration et les médecins ?

que sur le travail nocturne, ou encore sur la phénoménologie de la nuit.

Enfin, dans quelques cas, leur anxiété et leur culpabilité les a amenés à une véritable **négation du problème**.

“Les veilleurs n’ont pas de besoins d’assistance, seuls les malades en ont ! ”.

“Si les infirmiers avaient plus à faire la nuit, ils penseraient moins ! ”, et à une négation de l’angoisse : “depuis l’ère des neuroleptiques, il n’y a plus d’angoisse du veilleur ! ”.

Au terme des interviews, il ressort que le vécu de l’infirmier de nuit n’a jamais pu être véritablement abordé. De plus, confrontés à une réalité peu mobilisable, beaucoup font constat de leur impuissance qui fait sa preuve dans :

- la quasi-impossibilité à esquisser un rôle thérapeutique spécifique de l’infirmier de nuit.

- l’absence de suggestion constructive précise au niveau de l’organisation. D’ailleurs, même si de telles propositions avaient été faites, peut-être n’auraient-elles constitué, une fois encore, qu’un “écran” rassurant et déculpabilisant, qu’une tentative de solution insuffisante car purement “technique” au problème beaucoup plus global des infirmiers de nuit à l’hôpital psychiatrique.

Ne serait-il pas possible, pourtant, de dépasser ce seul constat d’impuissance ?

III – IMPUISSANCE D’AUTRUI ET RESISTANCES PSYCHOLOGIQUES

Au-delà de la bienveillance et de la bonne volonté de chacun, entièrement acquises aux infirmiers de nuit, il semble en fait qu’autrui accepte assez aisément cette impuissance, bien que s’en sentant un peu culpabilisé. Certes plus ou moins conscients de leurs difficultés, ni les uns ni les autres, au cours des dernières années, n’ont beaucoup persévéré pour les tirer de leur oubli. Nous nous réfererons pour cela à quelques faits objectifs :

- * En dehors du seul article de C. CARON sur les conditions de travail du personnel des hôpitaux psychiatriques où il fait brièvement allusion aux infirmiers de nuit, aucune étude n’a été réalisée, à notre connaissance du moins, sur ce sujet par les assistants, internes ou médecins depuis la création du Vinatier.

- * Certains internes ignorent même le nom de ceux qui veillent dans leur propre service.

- * A l’heure actuelle, aucune réunion d’équipe en soirée n’est organisée régulièrement, et à une fréquence déterminée, sur l’ensemble de l’hôpital. Il arrive pourtant qu’un ou deux médecins rendent parfois visite à la 3ème équipe à un rythme annuel ou semestriel.

- * Dans les commissions paritaires, les représentants des infirmiers n’ont pratiquement à débattre des problèmes de la veille qu’une fois par an : à l’occasion des notes de fin d’année.

- * Au cours des réunions du conseil médical consultatif, si leurs difficultés sont quelquefois abordées :

- elles le sont toujours par allusion seulement, et à partir d’un problème général touchant l’ensemble du personnel (insuffisance des effectifs par exemple),

- sous le seul angle de l’organisation,

- enfin, si la question est posée, elle reste sans réponse.

En une seule occasion, au cours des derniers mois, le problème de la veille a été évoqué de façon plus précise. Du fait de la pénurie de veilleurs, le conseil a pris la décision de constituer des équipes de nuit mixtes pour les services d'hommes, sous réserves de respecter certaines conditions de sécurité bien définies.

* Au niveau des syndicats, la 3ème équipe ne suscite, comme nous l'avons vu, aucune action ou revendication spécifique (en tous cas depuis l'acquisition en 1968 d'aménagements d'horaires et de salaires demandés pour toutes les catégories du personnel et dont l'équipe de nuit a, de ce fait, bénéficié).

Si dans l'effervescence de Mai 1968, les infirmiers de nuit se sont manifestés, et si en cette occasion on a semblé découvrir leur existence, ils sont en quelques mois retombés dans l'oubli.

Certes, si les difficultés matérielles, mises en avant, sont très pesantes, d'assez importantes résistances psychologiques se font jour, dont les intéressés n'ont peut-être pas toujours pleinement conscience mais qui pourraient expliquer, au moins partiellement, les faits objectifs qui viennent d'être donnés.

Cette **ambivalence** assez nette à l'égard des infirmiers de nuit fait directement écho à certaines réticences identiques chez les veilleurs eux-mêmes.

Pour conclure, qu'il s'agisse d'ambivalence, d'aveu d'impuissance, d'identification incomplète, de négation du problème des veilleurs (voire même, peut-être, de négation de l'individu en tant que membre à part entière d'une équipe ?), tout concourt inévitablement à maintenir ces derniers dans leur solitude et leur oubli.

Ceci a un retentissement d'autant plus important qu'en renvoyant au veilleur, comme image de lui-même, celle d'un être mal compris ou "*mal-aimé*", autrui trouve une résonnance profonde et ravive un certain sentiment de dévalorisation. Peu estimé des autres, comment pourrait-il s'estimer lui-même ?

CHAPITRE VI

DE LA FONCTION AU VECU DE L'INFIRMIER DE NUIT

L'articulation successive des précédents chapitres :

- caractère anxiogène de la veille.
- solitude accrue par la pauvreté du réseau relationnel.
- vécu d'abandon par autrui,

montre l'aspect souvent pénible du travail en équipe de nuit, d'autant plus que s'y associe une dévalorisation professionnelle qui touche chacun à divers degrés.

I – LA DEVALORISATION

Liée à l'ambiguïté persistante du rôle du veilleur d'une part, elle trouve, de plus, confirmation dans de très nombreux faits issus de la réalité.

L'étude de ces deux types de causes amènera à souligner ensuite l'importance de la perte de l'estime de soi comme élément de la position dépressive des infirmiers de nuit.

Cette dévalorisation paraît sous-tendue par une certaine ambivalence, d'ailleurs commune à tous ceux qui ont pour fonction de rester éveillés la nuit, et qu'on retrouve dans l'expression même de *"gardien de la paix"*.

a) Ambiguïté du rôle

Après un rapide aperçu historique, nous analyserons les deux pôles de la fonction : pôle de surveillance et pôle thérapeutique, en fait étroitement intriqués, les infirmiers devant passer en permanence de l'un à l'autre aspect.

1 — Historiquement, le rôle du veilleur n'était que le seul gardiennage des malades dont le séparait une grille. Malgré les efforts et le temps, cet aspect reste très prégnant d'autant que les infirmiers de jour, initialement gardiens de l'asile eux aussi, ont vu leur rôle subir quelques mutations importantes génératrices d'une revalorisation narcissique qui a toujours manqué aux infirmiers de nuit. En effet, dans un premier temps, les infirmiers de jour ont progressé de la fonction de simple surveillance à un stade de médicalisation (période de prise en charge somatique : cures de Sakel..., etc), puis dans un deuxième temps, ont accédé au rôle de thérapeute institutionnel et relationnel, tel qu'on le leur reconnaît aujourd'hui.

Or, pour les infirmiers de nuit, cette évolution a été irréalisable, surtout du fait des conditions de réalité, mais aussi, peut-être, du fait des carences de l'enseignement et de l'absence de prise en charge par les médecins.

En l'absence d'évolution dynamique dans la conception de leur rôle, ils éprouvent quelques difficultés à dépasser le stade de la simple surveillance.

2 – L'étude des conditions de travail dans leur réalité objective constitue un préalable indispensable avant l'abord du rôle de l'infirmier de nuit.

* Matériellement, les possibilités de travail apparaissent parfois restreintes par la médiocrité des moyens mis à leur disposition : placards ou portes fermés, pharmacies incomplètes, etc. .

* De plus, chacun doit respecter la **règle d'or du silence et du repos** du malade dans les pavillons, telle qu'on l'enseigne dans les manuels de psychiatrie. Certains infirmiers subordonnent toute leur activité au maintien de l'ordre et du calme, dont ils sont les gardiens, passant de ce fait obligatoirement par la passivité des malades.

Vaguement culpabilisés d'une telle attitude, ils utilisent volontiers la défense par la réalité :

"La nuit, c'est fait pour dormir..."

"On ne va quand même pas réveiller un malade pour lui faire de la psychothérapie ! "

* Les possibilités de médicalisation sont réduites : distribution de somnifères, anti-tussifs, tisanes..., bien que cela puisse être parfois une modalité d'entrer en contact avec les malades par le biais d'échanges médicamenteux.

* Enfin, si l'appréciation de la fréquence et de la qualité des contacts s'avère délicate, il semble que, sauf peut-être dans les services dits "d'entrée" où les malades échappent au rythme ancestral et solaire de l'asile, les infirmiers n'en connaissent que la vision de corps plongés dans le sommeil.

"Nous ne pouvons même pas mettre un nom sur les visages... Quand nous les voyons par hasard dans la journée, nous ne les reconnaissons plus..."

Hormis avec deux ou trois sujets anxieux ou insomniaques, toujours les mêmes dans chaque pavillon, en général la relation au malade, brève et restreinte, gratifie peu.

L'ensemble de ces conditions de réalité, non seulement gênent considérablement l'accès à une fonction thérapeutique mais confinent de plus les veilleurs dans une activité de surveillance d'ailleurs indispensable.

3 – Le rôle de surveillance.

Il reste entouré d'une aura un peu péjorative, celle du **gardien** (longtemps organisé selon les mêmes modalités que celles des gardiens des maisons d'arrêt) qui effectue des rondes régulières afin de maintenir l'ordre dans le pavillon et d'empêcher toute évasion ou toute mort violente. L'infirmier se doit en effet de conserver les malades dans leur nombre et leur intégrité physique, ce dont il est responsable auprès des administrateurs et médecins.

Cette fonction de gardiennage, pesante pour beaucoup, amène des commentaires désabusés :

"Ce n'est pas la peine d'être infirmier psychiatrique pour veiller la nuit..."

"Je me demande à quoi je peux servir ? Je ne suis ici qu'un garde-chiourme ! "

Les jeunes diplômés surtout, plus formés aux méthodes relationnelles, tolèrent mal cette restriction de leur activité et l'expriment avec amertume :

"Si les malades dorment tous, alors je n'ai même plus de raison d'être ! "

Ici, la remise en cause de la fonction ne s'accompagne-t-elle pas d'une remise en cause de l'individu lui-même ?

Après l'aspect nécessaire, mais plutôt négatif, de leur rôle, nous tenterons d'en cerner l'activité **positive**.

4 — La fonction thérapeutique.

Nous poserons alors la question ; l'attribution d'un statut de thérapeute va-t-elle de soi pour les infirmiers eux-mêmes et pour autrui ; et ont-ils, en fait, tous les moyens de l'assurer ? avant de découvrir les attitudes psychothérapeutiques spontanées de ces derniers.

Les veilleurs possèdent-ils un véritable statut de thérapeute ?

— Leur opinion à ce sujet découle assez clairement des résultats de l'enquête effectuée :

- 50 % envisagent leur rôle comme de seule surveillance,
- 40 % comme de surveillance et réassurance à la fois,
- 10 % **seulement pensent avoir une fonction thérapeutique.**

Cette opinion semble d'ailleurs trouver un fidèle écho chez autrui.

— L'opinion du personnel de jour paraît bien explicitée dans quelques extraits de différentes interviews :

"Le plus gros du travail, c'est de ne rien faire et surtout pas de bruit".

"Depuis l'ère des neuroleptiques, le veilleur se contente de regarder dormir les malades : la veille n'est fatigante ni physiquement ni psychologiquement".

"L'hôpital psychiatrique est thérapeutique de 8 h. à 22 h. La nuit, c'est le vide !".

La non reconnaissance, quasi généralisée, du statut de thérapeute par autrui est si réelle qu'il fallut plusieurs semaines aux infirmiers et médecins d'un service, perplexes devant l'aggravation d'un schizophrène, pour la mettre en relation avec le départ à la retraite du veilleur habituel. Il semble donc qu'équipes de jour et médecins reprennent chaque matin la relation avec le malade, là où elle avait été laissée la veille, en faisant abstraction de tout ce qui se passe la nuit et en annulant de ce fait tout rôle thérapeutique de l'infirmier de nuit. (De la même façon que d'une séance à l'autre d'une psychothérapie, il n'est pas tenu compte des éléments de réalité intervenus).

De plus, le personnel de nuit se voit-il offrir tout moyen pour assurer une fonction thérapeutique valable ?

— Certes, de véritables prises en charge peuvent se nouer la nuit, comme pour cet infirmier qui en tirait des gratifications assez importantes.

"La nuit, j'ai longtemps parlé avec ce malade... pendant 4 heures au moins. Je n'ai pas l'impression d'avoir perdu mon temps... d'ailleurs le lendemain il m'a apporté des cigarettes".

Pourtant ce type de relation, très revalorisante et recherchée de l'infirmier pour rompre sa solitude et son anxiété, constitue une véritable **relation d'objet narcissique** pour ce dernier, ce qui en diminue peut-être la valeur psychothérapeutique.

— Les conditions psychologiques précaires propres à la veille, et l'émergence au moindre

incident nocturne d'un vécu **d'insécurité** personnelle, avec agressivité et culpabilité, parasitent gravement la portée thérapeutique de telles prises en charge.

— Ceci est d'autant plus grave que les contacts entre malades et veilleurs restent **souterrains et inconnus** du fait des clivages entre le jour et la nuit. Partagées avec le personnel de jour et les médecins, peut-être ces relations pourraient-elles être analysées en commun et seraient-elles plus franchement constructives pour les malades, en assurant une certaine continuité dans les soins et le but thérapeutique.

— Enfin, au niveau de la formation de l'infirmier, se font jour quelques lacunes : non seulement une incompetence relative en matière somatique, mais plus encore un enseignement peu étoffé sur les problèmes relationnels et **ne fournissant pas aux infirmiers la possibilité d'analyser leur vécu**.

Si un certain nombre d'inconvénients peuvent donc perturber la relation du veilleur et du malade, et la rendre difficilement thérapeutique, il n'en reste pas moins que sa fonction conserve des aspects nettement positifs.

Spontanément, l'infirmier assume un rôle de réassurance reconnu de chacun :

- soit par sa seule présence, même à distance et sans aucun échange verbal. Ceci peut suffire, surtout s'il est le veilleur familial du service.

- soit par l'emploi, très généralisé, de sédatifs ou de placebos, assez souvent associé à une écoute bienveillante et attentive du malade.

- soit en jouant un rôle de réassurance maternelle au moment de l'endormissement, en **une relation de type anacritique** : L'infirmier borde le malade dans son lit et l'apaise. L'un d'eux remarquait :

"Le malade est comme un enfant qui a peur dans le noir. Il se trouve désemparé et tout entier livré à lui-même".

Une telle attitude psychothérapique spontanée prend toute sa valeur auprès de vieillards désorientés, de schizophrènes, de quelques malades exprimant une véritable angoisse à sombrer *"définitivement"* dans le sommeil.

Au terme de ce chapitre sur l'ambiguïté du rôle de l'infirmier de nuit, il semble que dans les faits ce dernier doive passer en permanence de la fonction de gardien à la fonction de thérapeute au cours de ses activités. La relation anacritique de maternage, très positive, peut le revaloriser considérablement. Lorsqu'ils la décrivent, quelques infirmiers perçoivent intuitivement assez bien qu'ils pourraient avoir un rôle psychothérapique, si une aide leur était apportée dans l'analyse de leur vécu. Pourtant, à l'heure actuelle, la fonction de surveillance reste encore prévalente et entraîne une dévalorisation entretenue, de plus, par certains éléments de réalité.

b — Dépréciation liée au poste de nuit

Elle repose sur une multitude de faits qui confirment l'infirmier dans l'impression d'être relégué à un poste secondaire (ne dit-on pas : *"la 3ème équipe... et la dernière ?"*) :

- * Dans le passé, voici une vingtaine d'années, les veilleurs ne possédaient aucune qualification professionnelle et le diplôme leur a été validé sans l'acquisition d'une formation théorique suffisante.

Par ailleurs, les éléments les plus médiocres du personnel de jour, mal intégrés au sein des

équipes, étaient volontiers mutés la nuit.

* Actuellement, la dévalorisation persiste pour plusieurs raisons :

— Les infirmiers de nuit se plaignent encore de sous-notation par les médecins, bien que ce phénomène tende à s'estomper depuis quelques années, avec retentissement possible sur la prime de fin d'année et retard dans la prise des échelons. Cette frustration supplémentaire prend son origine dans la méconnaissance qu'ont les médecins, non seulement du travail effectué la nuit, mais aussi des individus eux-mêmes.

Le veilleur reste anonyme au sein de la nuit, et comme le disait un médecin : *"La nuit, tous les chats sont gris"*.

— Enfin, toute promotion socio-professionnelle est quasi-impossible pour l'infirmier de nuit.

De cet ensemble de faits, et du caractère ambigu du rôle du veilleur, naît une **dévalorisation** professionnelle très aisément perceptible, bien qu'à des degrés divers.

Ressort fondamental de leur vécu, aucun des infirmiers interviewés n'a paru y échapper.

c) Perte d'estime de soi et demandes de revalorisation

* Toute mutation dans les équipes de nuit s'accompagne d'un sentiment de perte de la valeur professionnelle et est souvent interprétée comme une punition venue du médecin.

La dépréciation (dont le terme même de *"veilleur"*, unanimement refusé, est le symbole), acquiert dans certains cas une intensité douloureuse lorsque l'infirmier se vit comme inutile ou impuissant dans son rôle : *"Que faire ? Que dire ? "*. *"Je me demande à quoi je peux servir ? "* *"C'est un métier abrutissant de gardien de prison ! "*

Mais au-delà du rôle, l'individu lui-même se déprécie parfois, et ceci d'autant plus que chacun semble l'abandonner.

"Pour les équipes de jour, nous ne sommes que des paresseux, des parasites payés pour dormir". Quelques uns protestent : *"Nous avons un rôle important, mais, bien sûr, la nuit, il se voit moins ! "*

Cependant, l'autodépréciation peut apparaître au premier plan des affectifs pénibles de l'infirmier : *"Veiller est une disgrâce... une sorte de tare"*.

"La nuit, nous sommes tous des nuisibles ! "

* Dans un tel contexte, il n'est donc pas étonnant que 15 % des infirmiers demandent une revalorisation professionnelle, et ceci sous différentes formes : revalorisation de la fonction en tant que telle (3 %), révision du problème de la sous-notation (6 %), augmentation du salaire (6 %).

Ce dernier pourcentage d'infirmiers insatisfaits au plan pécunier, nous a paru relativement bas :

- ou bien, ils estiment leur salaire d'un niveau acceptable, en particulier depuis les aménagements de 1968 (semaine de 40 heures, prime de 3,20 F par nuit en plus du salaire habituel de l'infirmier psychiatrique), et il est d'ailleurs intéressant de noter que les syndicats n'expriment que très peu de revendications à ce sujet,

- ou bien, les multiples frustrations psychologiques l'emportent sur les éventuelles frustra-

tions matérielles.

Importante, toute tentative de revalorisation par les seules notes ou salaires paraîtrait sans doute très insuffisante face aux conditions pesantes de la réalité dans le travail nocturne, aux multiples désagréments de la vie de l'infirmier, et à l'importance de ses besoins psycho-affectifs.

Ce chapitre sur la dévalorisation plus ou moins intense mais très généralisée au plan professionnel, voire même personnel, a introduit une tonalité plutôt dépressive assez caractéristique de son vécu et que nous avons fréquemment ressentie au cours de ce travail.

II – LA POSITION DEPRESSIVE DE L'INFIRMIER DE NUIT

Elle découle de l'intrication des aspects psychologiques spécifiques du travail de nuit, dont l'aggravation réciproque crée un mouvement de spirale sans fin.

La solitude dans la nuit accroît l'anxiété entretenue par la persistance des clivages. L'absence de contact, le vécu d'abandon, ou même de rejet, ne font que confirmer le veilleur dans sa dévalorisation. Les frustrations professionnelles font écho à d'autres frustrations, personnelles, de la vie socio-familiale à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Ces éléments sont à l'origine d'une **position dépressive permanente** avec anxiété et agressivité, parfois associées à une perte de l'estime de soi : Elles perturbent toute relation thérapeutique vraie, alimentent les conflits avec les équipes, rendent plus difficile encore la réintégration éventuelle dans les équipes de jour, favorisant peut-être ainsi une spécialisation prolongée.

Après avoir cerné quelques aspects de cette position dépressive permanente, qui peut d'ailleurs se décompenser selon différentes modalités, nous verrons quels sont les moyens de défense les plus fréquemment mis en place par les veilleurs.

a) Position dépressive permanente de l'infirmier de nuit

*Elle naît d'un sentiment d'accablement par les conditions de la réalité, d'un vécu d'impuissance et de dévalorisation. Si l'agressivité et l'irritabilité masquent parfois l'auto-dépréciation, l'existence d'une culpabilité vague et diffuse complète le tableau.

Elle n'est qu'assez rarement verbalisée :

"Pour moi, comme je ne m'endors jamais la nuit, je pense que je ne serais pas du tout culpabilisée en cas de suicide dans le pavillon..., d'ailleurs je suis bien intégrée aux équipes. Le suicide nocturne n'est pas le problème du veilleur mais celui de tout le pavillon, y compris du médecin".

Sous-jacente, la culpabilité peut surgir pour être projetée à l'extérieur :

- soit projection des responsabilités sur autrui en cas de faute ou d'incident grave,
- soit projection sur les malades eux-mêmes ou pseudo-résignation face au destin (*"Quand un malade veut vraiment se suicider, rien ni personne ne peut l'en empêcher"*),
- soit projection sur les équipes de jour (*"Les malades se suicident la nuit pour ennuyer les équipes de jour"...* *"Le noeud coulant du pendu de la nuit est préparé par les équipes de jour..."*).

Culpabilisés de l'ambiguïté de leur rôle, de leur relative *"inutilité"*, d'un investissement assez médiocre de leur fonction, et surtout de leur agressivité, les veilleurs se sentent et se phan-

tasment accusés par autrui :

“En cas d’incident, un doigt désigne immédiatement le veilleur en faute” – “On nous attaque, on nous accuse...”.

* Reposant sur une **perte d’estime** plus ou moins nette, et sur tout un système **agressivité - culpabilité**, une telle position dépressive ne peut être compensée que dans une relation de dépendance étroite avec autrui, à la recherche d’un objet complémentaire ou d’une image identique à soi-même.

Le besoin d’une relation rassurante et gratifiante, véritable **relation d’objet narcissique**, **typique des conduites anti-dépressives**, est un aspect psycho-dynamique fondamental chez l’infirmier de nuit.

En l’absence de revalorisation par autrui, la faillite de cette conduite laisse place à la dépression, et l’agressivité liée à la frustration, par mécanisme de retournement sur soi-même, déclenche l’auto-dépréciation.

Pour les veilleurs, leur profond sentiment d’incomplétude les pousse à quêter une **réassurance narcissique** à l’extérieur, qui leur est refusée dans la non - reconnaissance d’un statut de thérapeute, dans la négation de leurs problèmes, dans l’absence même de contacts inter-personnels, à quelque niveau que ce soit.

* En cas d’insuffisance ou d’échec des conduites de réassurance narcissique, cette position dépressive permanente peut être décompensée selon différentes modalités :

- sous l’aspect de réactions caractérielles, l’agressivité masquant parfois longtemps la dépression sous-jacente.

- sous forme d’états dépressivo-anxieux confirmés. Fréquents, ils nécessitent des arrêts de travail renouvelés, ou même une mutation dans les équipes de jour. Les tentatives de suicide ne sont pas exceptionnelles, aussi bien pour le personnel de jour que de nuit, (on dénombrerait, semble-t-il, environ **4 à 5 tentatives de suicide par mois pour l’ensemble des infirmiers de l’hôpital**).

- enfin, sous forme de préoccupations somatiques ou de perturbations psychosomatiques, d’ailleurs nettement favorisées par un certain dérèglement physiologique au niveau de l’alimentation et du sommeil.

- fatigue au long cours, volontiers au premier plan des troubles présentés, avec les insomnies, et signant les difficultés d’adaptation physique et psychologique à un nouveau rythme de vie.

- troubles digestifs divers : anorexie, nausées, gastralgies, dyspepsies...

- - lombalgies traînantes, etc...

- l’obésité, classique autrefois, semble moins fréquente actuellement. Elle trouve son origine dans un défaut d’adaptation de l’organisme et une surcharge alimentaire à valeur de compensation.

Toutes ces manifestations somatiques persistantes paraissent assez souvent symptomatiques d’un état dépressif non évident d’emblée.

Face à ce vécu de tonalité dépressive, mais surtout face à une situation globale de stress, source d’angoisse, les infirmiers de nuit mettent en place un certain nombre de mécanismes de défense.

b) Mécanismes de défense

Les plus couramment utilisés : rationalisation, conduite d'évitement, mécanismes d'identification et de projection, n'ont en fait aucun caractère de spécificité.

* La rationalisation, ou plutôt la banalisation, prend une importance plus particulière face au problème de la mort.

Les infirmiers opposent toujours le suicide dramatique et culpabilisant, et la mort naturelle qui — apparemment — n'est pas source d'affects pénibles. La majorité d'entre eux ne peut d'ailleurs l'envisager autrement que comme une *"mort physiologique"*, comme *"une flamme qui s'éteint doucement après avoir vacillé"*, phénomène prévisible et prévu auquel malade et infirmier ont la possibilité de se préparer. (D'ailleurs, la réalité des décès à l'hôpital psychiatrique, vieillards essentiellement, va dans ce sens).

La faillite de ce mécanisme de rationalisation sécurisante entraîne parfois une identification au mourant :

"Si c'était moi qui mourrais, j'aimerais bien que quelqu'un reste près de moi et me tienne la main pendant les derniers instants... le plus longtemps possible. Ce n'est pas drôle de mourir seule la nuit sans un dernier contact..."

Les tentatives de banalisation dont beaucoup entourent la mort peuvent faire place ou co-exister avec des conduites d'évitement.

* Les conduites d'évitement sont assez rarement verbalisées :

"La mort me panique, non seulement la nuit mais le jour. Même si c'est un vieillard qui s'éteint, j'ai peur. Qu'on me demande n'importe quoi mais pas de veiller un mort... C'est impossible, je ne peux pas !"

Elles se retrouvent dans l'irritation perçue lorsqu'internes ou infirmiers multiplient les gestes thérapeutiques et s'acharnent à maintenir la vie :

"Il ne faut pas les faire souffrir inutilement avant leur mort. Ils ont le droit de mourir en paix, tranquillement, dans leur petit coin..."

L'activité fébrile et inquiète de quelques uns peut éveiller une angoisse chez autrui :

"Ma collègue était très angoissée ; elle s'agitait, allait voir la mourante sans arrêt. Je n'ai pas pu le supporter... Je l'en ai empêchée. Elle avait l'air d'attendre que la malade se dépêche de mourir..."

Plus ou moins consciente de son attitude de fuite, elle fit un essai de rationalisation déculpabilisante :

"Certaines malades sont très lucides. Elles comprennent qu'elles vont mourir. Si l'on vient tout le temps les surveiller, cela les confirme dans l'idée de mort"

Dans les faits, les réactions de fuite constituent un moyen privilégié et très fréquent de lutte contre l'anxiété, auquel les veilleurs ont largement recours dans toute situation pénible.

* Les mécanismes d'identification, beaucoup moins courants, se sont pourtant faits jour à quelques reprises :

- soit identification à un infirmier-chef ou à un médecin pour certains veilleurs expérimentés, ou se qualifiant eux-mêmes de *"fortes têtes"*.

- soit identification à un interne de garde ayant eu, par le passé, une interven-

tion médicamenteuse ou psychothérapique brillante auprès d'un malade, véritable modèle que l'infirmier tente de reproduire par la suite.

* Enfin, nous ne reviendrons pas sur l'importance des projections car elles ont été largement abordées au chapitre des relations de type caractérielles ou persécutrices entre veilleurs et personnel de jour.

Ces différents mécanismes de défense, apparus au cours des interviews, doivent permettre le maintien des affects pénibles à un niveau supportable pour l'individu.

Si fréquence et réalité de la position dépressive semblent indiscutables, il est pourtant permis de se demander quelle est l'intensité de ce vécu : Serait-il plus apparent que profond (avec, peut-être, une discrète demande de prise en charge auprès de l'interlocuteur) ?

Ou bien les infirmiers reçoivent-ils par ailleurs quelques "*bénéfices psychologiques*" de leur travail nocturne ?

En effet, malgré de multiples désagréments et frustrations, et en dehors de ceux qui d'emblée ne peuvent tolérer ce mode de vie, beaucoup de veilleurs renouvellent leur demande et se spécialisent à ce poste.

III – LE VEILLEUR AU LONG COURS

Le professionnalisme de la veille pose un problème à la fois au niveau de la réalité puisqu'il touche un groupe important d'infirmiers et au niveau du fantasme des uns et des autres. (Il n'est qu'à voir avec quelle fréquence les veilleurs au long cours cristallisent l'agressivité d'autrui).

Habituellement ignorés, on tente depuis quelques années de les réintégrer aux équipes de jour. Pour cela, et sans qu'aucune compensation ne leur soit apportée, ou qu'aucune démarche ne soit faite à leur rencontre, on exige d'eux un effort important de réadaptation, par lequel ils doivent nécessairement passer pour être enfin reconnus comme faisant partie d'une équipe soignante.

Plus que sur leur vécu, nous nous attarderons sur les motivations profondes de leur choix, et sur son retentissement au niveau professionnel, social et psychologique.

a) L'adaptation psychologique de l'infirmier spécialisé

Parmi les infirmiers interviewés, 45 % occupaient le poste de nuit depuis un temps allant de cinq ans à trente ans maximum.

Au fil des ans, l'expérience acquise leur permet d'affronter nombre d'incidents avec un minimum d'anxiété. Sur la totalité des infirmiers, 40 % se déclarent "*tranquilles*" dans leur emploi. Mais cette tranquillité n'est-elle pas plus apparente que réelle ? Attaché au poste de nuit depuis plus de 20 ans, un veilleur, en désignant les malades endormis, s'est exclamé :

"*Ne troublez pas les eaux dormantes !*", à la fois signe d'une inquiétude latente chez lui, mais aussi, probablement, projection de son propre vécu sur eux.

b) Les motivations profondes des veilleurs au long cours

Au-delà des raisons initiales (en particulier familiales) ayant déterminé une mutation dans

les équipes de nuit, un grand nombre d'infirmiers renouvellent cette demande alors même que les raisons initiales ont parfois disparu.

* Leurs motivations, d'ailleurs verbalisées, sont d'ordre psychologique : ils apprécient le calme relatif de la nuit, son rythme plus lent, supportant mal au bout de quelques années la nécessité de contacts sociaux multiples et rapides, caractéristiques de l'activité diurne des pavillons. Ils se disent très attachés à leur autonomie nocturne, à l'absence de hiérarchie ou de rapports plus ou moins tendus avec des supérieurs.

Outre ces "bénéfices", peut-être quelques veilleurs au long cours verraient-ils les désagréments matériels et psychologiques de leur vie partiellement compensés par un certain sentiment de puissance : seul à rester éveillé et lucide au cœur de la nuit, il est investi d'un rôle gratifiant de responsabilités et de protection des malades qui lui sont confiés. Homme de quart et seul maître à bord, il veille, capitaine au long cours, sur l'équipage endormi dont il a la charge. Hors de la réalité, face à l'éternité de la nuit, tout paraît possible.

Ce vécu d'une toute puissance phantasmatique disparaîtrait avec le jour, à l'arrivée des équipes du matin. De l'originalité même de son rôle, qui le différencie des autres infirmiers, et des pouvoirs qui lui sont transmis pour la durée de la nuit, est-il impossible de penser qu'il puisse tirer une certaine forme de gratification ?

Cette hypothèse (dont nous avons conscience qu'elle tend à déculpabiliser les médecins) n'a jamais été verbalisée, mais peut-être mériterait-elle tout de même d'être vérifiée si l'occasion s'en présentait ?

* Même minimes, ces quelques "bénéfices" d'ordre psychologique amèneraient l'infirmier de nuit à rester dans la 3ème équipe après un certain laps de temps. Ne se laisserait-il pas, en fait, assez aisément oublier d'autrui ?

Son **ambivalence** à l'égard d'une réintégration en équipe de jour est manifeste : En effet, 65 % (y compris les plus jeunes), préfèrent la nuit et 35 % souhaitent réellement un changement.

Parmi les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliciter ce refus : la nécessité d'une réadaptation physiologique, surtout une certaine sclérose professionnelle car en l'absence de recyclage, ils ignorent les nouvelles méthodes thérapeutiques ou relationnelles.

S'il n'est pas question de nier la possibilité d'un tel appauvrissement quand l'infirmier assure le poste de nuit, durant de nombreuses années, cette absence d'acquisition, toujours mise en avant, nous a paru recouvrir des faits plus graves et profonds : intensité de la dévalorisation (tout leur manque, même le "savoir"), crainte d'affronter le jour et le progrès, en particulier dans une compétition avec les infirmiers de jour, difficultés à communiquer avec autrui après un isolement nocturne prolongé.

c) En effet, la veille au long cours a un retentissement non seulement professionnel mais aussi social et psychologique.

* Au plan social, comme nous l'avons vu, l'inversion du rythme de vie imposée par le travail de nuit s'accompagne d'une restriction des possibilités de loisirs, d'un relâchement des rapports sociaux voire même dans certains cas intra-familiaux.

Ce mode de vie un peu "en marge de la société" est d'autant plus grave qu'au sein de l'hôpital psychiatrique, se réalise parfois le même processus d'isolement progressif du fait de la pérennisation de multiples clivages (avec les médecins, les équipes de jour...) pour ne plus laisser persister que

quelques contacts avec les malades et veilleurs.

Fonctionnant dans l'univers clos et hermétique de l'asile, il est de plus enfermé dans le monde de la nuit, sans beaucoup de possibilités de communiquer avec l'extérieur, subissant ainsi **un double processus d'exclusion**, qui fait de lui une sorte d' "*étranger*" à l'extérieur et à l'intérieur même des grilles de l'hôpital psychiatrique.

* Au plan psychologique, la spécialisation prolongée semble aussi entraîner quelque retentissement.

Il n'est pas rare que le veilleur au long cours donne l'impression d'une relative passivité avec pauvreté du contact et **diminution des possibilités de verbalisation**, d'un **rétrécissement des pôles d'intérêt** dans la vie quotidienne et professionnelle, voire même d'une **absence apparente de désir**.

Du fait de la position dépressive qui est la leur, 35 % des infirmiers de nuit, confrontés à de réelles difficultés matérielles et psychologiques, ne peuvent même pas exprimer de souhaits d'amélioration.

Au-delà de leurs demandes de contact avec autrui, ne peut-on se demander, au fond, si après un laps de temps, ils n'auraient pas de relations préférentielles avec des individus endormis ?

Ces remarques à propos d'infirmiers qui auraient tendance à "*se laisser oublier*" d'autrui n'évoquent-elles pas, à minima, **les processus d'asilification** fréquemment décrits chez les malades ? Nous serions tentée de faire un tel rapprochement dans la mesure où l'hôpital psychiatrique par l'ensemble de ses structures, encore trop rigides, conserve un pouvoir chroniciant certain. Si, pour reprendre la formule de R. GENTIS, la devise de l'asile est "*silence, routine et immobilité*" ne semble-telle pas, dans une certaine mesure, s'accorder au mode de vie de ceux qu'on appelle les "*veilleurs chroniques*" ?

Par ailleurs, la situation de stress et les conditions accablantes de la réalité : confort matériel médiocre, travail peu investi libidinalement, réseau relationnel précaire ne permettant que des échanges affectifs réduits et sentiment d'être impuissant, sont-elles si éloignées, au degré d'intensité près, des états traumatiques décrits par J. PELLET chez les transplantés ? Lorsque l'écart devient trop grand entre les besoins matériels et psychologiques d'une part et les conditions d'une réalité écrasante d'autre part, se font jour des difficultés à verbaliser et à mentaliser. Si le groupe des transplantés parmi les citoyens constitue bien un véritable sous-prolétariat, le groupe des infirmiers de nuit au sein du personnel hospitalier, n'en est-il pas un reflet ?

Pour conclure à ces quelques réflexions, on peut se demander, aussi bien dans le cas de l'asilification des malades que d'une certaine "*institutionnalisation*" des infirmiers de nuit : par quels mécanismes en est-on arrivé là ?

CHAPITRE VII

QUELQUES SOLUTIONS POSSIBLES

Au terme de cet essai de compréhension du rôle et du vécu du veilleur, nous aimerions pouvoir dire que si nous avons, peut-être, donné parfois de sa vie un tableau légèrement assombri aux yeux de quelques uns, nous espérons qu'on voudra bien nous en excuser, dans la mesure où il servait notre propos.

Il se dégage du plan volontairement adopté au départ pour ce travail une progression et un approfondissement dans la recherche des mécanismes responsables des difficultés psychologiques et relationnelles, mais aussi d'une certaine "*institutionnalisation*" de l'infirmier de nuit. De sorte qu'à l'issue de cette analyse, nous nous demanderons : que faire ?

Les réponses possibles diffèrent, bien entendu, selon le niveau considéré. Si d'abord les suggestions de nos interlocuteurs eux-mêmes amèneront à quelques propositions d'ordre pratique, elles conduiront ensuite à replacer le problème du veilleur dans le contexte plus général de l'hôpital psychiatrique et de la maladie mentale.

I – LES SOLUTIONS "TECHNIQUES" POSSIBLES

Découlant de lacunes perceptibles tout au long de la thèse, elles reflètent assez fidèlement les principales préoccupations de la 3ème équipe.

a) Nous rappellerons brièvement les souhaits des veilleurs (1)

regroupés autour de quelques pôles d'intérêt.

- Suggestions touchant le confort matériel : 20 % des demandes.
- Diminution de l'anxiété par l'augmentation des effectifs (55 %) et par la suppression des remplacements (12 %).
- Lutte contre l'isolement par l'amélioration de la communication (36 %)
- Recherche d'une revalorisation (15 %).
- Sentiment d'impuissance et position dépressive dont rend compte l'absence de désir (35 %).

Voici la demande telle qu'elle est exprimée par nos interlocuteurs, et les tentatives de réponses qui pourraient y être faites.

b) Les aménagements souhaitables

Ils sont, certes, difficiles à élaborer du fait des conditions de réalité matérielle et psychologique peu mobilisables, des clivages, des résistances perçues de part et d'autre, mais aussi du sentiment d'impuissance du veilleur qui peut contaminer autrui mais dont chacun semble s'accommoder assez aisément.

(1) Chacun d'entre eux a le plus souvent formulé deux souhaits.

Ils vont tous dans le sens d'un meilleur fonctionnement des structures en place et entrent dans le cadre de la **thérapie institutionnelle**, en s'articulant autour :

- du problème du roulement des équipes,
- de l'amélioration des réseaux de communication,
- de l'enseignement des infirmiers.

1 — Le problème du roulement des équipes.

* Nous ne nous attarderons pas (car tel n'est pas notre propos) sur l'étude détaillée des avantages et des inconvénients respectifs du travail de nuit continu à rythme long, tel qu'il est réalisé à l'hôpital du Vinatier actuellement, et du travail à rythme moyen ou même en équipes alternantes, qui n'ont pas le même retentissement sur l'isolement social, la position dépressive, la solérose professionnelle.

Dans l'ensemble, la très grande majorité des infirmiers (tout comme médecins, administrateurs et délégués syndicaux) ne paraît pas souhaiter un mode de travail discontinu en équipes alternantes, dans la mesure où le rythme long de 6 mois favorise l'adaptation physiologique et une organisation plus stable de la vie familiale, en particulier dans l'intérêt des enfants. Il existe certainement d'autres facteurs de résistances aux changements rapides : plus de temps libre pour les mères de famille, occupations parallèles extra-hospitalières pour quelques hommes ; désir de conserver une certaine autonomie nocturne... etc...

* Très rarement, a été proposée une organisation proche de celle des hôpitaux généraux : personnel non qualifié prenant le poste de nuit dans les services encadré, par des infirmiers de jour assurant un tour de garde. Sauf au niveau administratif, ce système n'entraîne que peu d'adhésions : beaucoup y verraient la confirmation de la dévalorisation du rôle d'infirmier des hôpitaux psychiatriques et une diminution dans la compétence et l'efficacité des soins apportés aux malades.

* En pratique, serait souhaitable un mode de fonctionnement relativement souple, s'il était réalisable, permettant à la fois :

- d'assurer une homogénéisation et un renouvellement des équipes pour favoriser le passage des informations et l'intégration du veilleur aux équipes soignantes.

- de respecter, si possible, le volontariat d'infirmiers relativement bien adaptés qui assurent leur fonction avec un minimum d'anxiété, mais pendant une durée n'excédant pas un an, afin qu'ils n'y soient pas "*oubliés*".

- de ne pas imposer à de jeunes diplômés inexpérimentés un stage de 6 mois de nuit, qu'ils tolèrent souvent mal physiquement et psychologiquement, par l'institutionnalisation d'un roulement plus court (un mois par exemple), moins éprouvant.

* Cette dernière catégorie d'infirmiers pose, en fait, quelques problèmes particuliers. L'acquisition préalable d'une expérience hospitalière diurne suffisante, et d'une certaine maturité psycho-affective, paraissent indispensables pendant un délai d'au moins 2 à 3 ans après l'obtention du diplôme.

En effet, que peut représenter pour de jeunes gens de 18 à 20 ans, sans aucune formation pratique, n'ayant ni le bagage d'enseignement théorique ni les défenses intellectuelles que peut posséder un jeune interne par exemple, le contact direct et plus ou moins angoissant de la maladie men-

tales, sans que rien ni personne ne puisse les rassurer dans l'isolement de la nuit ?

Outre ces modifications dans l'organisation, l'amélioration des moyens de communication ressort comme une nécessité.

2 — L'amélioration de la communication.

Elle se heurte à des difficultés matérielles d'une part et à des résistances psychologiques d'autre part. Pourtant la mise au point de réunions le soir au moment de la prise de poste à 22 h. entre médecins, internes et veilleurs, en y associant les équipes d'après-midi, au rythme de une à deux fois par mois, atténuerait le vécu douloureux d'abandon et de rejet des infirmiers de la 3ème équipe.

Si l'existence de telles réunions ne signifie pas obligatoirement communication libre et pleine entre les participants, du moins leur institutionnalisation serait-elle un préalable, permettant de se reconnaître d'abord, de se situer en tant que membre d'un même groupe professionnel à visée thérapeutique, et surtout de verbaliser certains conflits inter-personnels au lieu de les agir.

"Il en va des infirmiers comme des parents. Pris séparément, ils accusent l'autre violemment et le bouc émissaire attaqué (c'est-à-dire le "Mauvais") est toujours celui qui est absent" (WOODBURY).

Enfin, la création de canaux de liaison devrait s'associer à une adaptation de l'enseignement des infirmiers.

3 — Au niveau de l'enseignement, on pourrait suggérer :

- la mise en place de cours de perfectionnement, à un horaire qui soit aisé pour les veilleurs (de 20 h. à 22 h. par exemple), même si une minorité seulement vient y assister.

- surtout, la sensibilisation des élèves au cours des deux ans d'enseignement aux difficultés spécifiques du poste de nuit et au comportement nocturne des malades. Pour cela, des rencontres organisées avec des veilleurs volontaires depuis plusieurs années seraient fructueuses pour les élèves, et peut-être revalorisantes pour les plus anciens.

- enfin, la création en cours d'études de quelques stages de une à deux nuits, avec encadrement rassurant par des infirmiers expérimentés, stages ayant fonction de dédramatisation avant d'avoir à assumer le poste de nuit.

c) Les limites de telles améliorations

Ces quelques suggestions d'ordre *"technique"*, et il pourrait sans doute y en avoir d'autres, apparaissent dès maintenant indispensables, mais ne constituent en fait qu'un premier pas en avant pour un fonctionnement institutionnel plus souple, intégrant mieux la 3ème équipe, et par là même plus thérapeutique pour les malades. Elles sont intéressantes en soi, comme améliorations immédiates désirées des infirmiers, et parce qu'elles permettent, en répondant à leur demande, d'atténuer leur vécu d'abandon.

Pourtant, en rester à ce stade présente peut-être l'inconvénient de passer à côté du véritable problème, et donne l'illusion d'une solution n'empêchant pas, en réalité, la pérennisation de leur situation.

Pour poursuivre un certain parallélisme avec les malades, nous ferons quelques remarques :

— Pas plus que les multiples modifications apportées aux thérapeutiques neuroleptiques ne pourraient guérir totalement les malades psychotiques lorsqu'ils sont "*chronicisés*" depuis de nombreuses années, les solutions "*techniques*" proposées ici ne transformeraient véritablement, semble-t-il, le mode de vie et les difficultés des veilleurs au long cours.

— Tout comme à l'hôpital psychiatrique, les fréquentes protestations de malades "*institutionnalisés*", sur la qualité de la nourriture par exemple, recouvrent en fait d'autres critiques et besoins beaucoup plus profonds qui doivent être replacés à leur véritable niveau, ne faudrait-il pas également dépasser ce premier stade de demandes d'ordre matériel des infirmiers ?

— Les limites de tels aménagements pratiques (confort - locaux - réunions) envisagés pour eux, ne pourraient-elles se comparer, dans une certaine mesure, à celles de la thérapie institutionnelle face à la chronicisation et à la maladie mentale ? Car dans cette seule optique institutionnelle, et même très améliorée par rapport à l'ancien, l'asile persiste (en particulier du fait de l'insuffisance des équipements extra-hospitaliers).

Ceci amène donc à reconsidérer le problème du veilleur, d'une part au niveau de l'enseignement tel qu'il est réalisé aujourd'hui, d'autre part au niveau de la psychiatrie en général.

II – AU-DELA DES SOLUTIONS "TECHNIQUES" : LE VEILLEUR ET LES STRUCTURES EN PLACE.

Au niveau de l'enseignement, on note un certain nombre de lacunes, non seulement pour les veilleurs, mais aussi pour les internes ou médecins qui ont un rôle de prise en charge des infirmiers et devraient pouvoir offrir des modèles d'identification valables à ces derniers.

C'est ainsi qu'aux concours d'internat, on s'attache peut-être plus à dispenser des connaissances théoriques précises qu'à une sensibilisation aux phénomènes relationnels (comme nous l'avons vu l'interne de garde assure plus aisément une fonction de diagnostic et de thérapeutique d'urgence des malades, qu'il ne saisit vraiment, ou plutôt qu'il n'accepte d'assumer, la demande personnelle des infirmiers de nuit).

Ce type de carences se retrouve également au niveau du médicament des hôpitaux, comme un aspect assez constant de l'enseignement.

En matière de psychiatrie, la prise de conscience et l'analyse du vécu personnel, devraient toujours l'emporter sur l'acquisition d'un savoir formel.

Quant au retentissement des structures psychiatriques actuelles, manquant encore d'une certaine souplesse, sur "*l'institutionnalisation*" des malades, et peut-être dans une certaine mesure des infirmiers, il n'est pas le propos de cette thèse, et nous le réduirons volontairement à quelques réflexions qui nous sont venues.

Ne semble-t-il pas en particulier que, tout comme le malade, le veilleur subit un processus d' "*oubli*", d'exclusion progressive mais non immédiatement apparente ou consciente, puisque les infirmiers eux-mêmes finissent par l'accepter plus ou moins ?

Les infirmiers de nuit, jouant habituellement le rôle d'intermédiaires entre malades et médecins, semblent en réalité beaucoup plus proches des soignés que des soignants, non seulement géographiquement, mais parce qu'ils se retrouvent aux côtés des malades parmi ceux qui sont plus ou moins "*exclus*" à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude sur le rôle et le vécu de l'infirmier de nuit à l'hôpital psychiatrique du Vinatier, trois faits principaux ont retenu notre attention :

1 — Il apparaît que le travail du veilleur de nuit se déroule dans un climat psychologique bien particulier d'anxiété, de solitude, d'abandon et de dévalorisation.

De l'aggravation réciproque de ces différents facteurs naît un mouvement de spirale sans fin.

La solitude, dans la nuit, accroît l'anxiété entretenue par la persistance des clivages. L'absence de contact, le vécu d'abandon ou même de rejet ne font que confirmer l'infirmier dans sa dévalorisation. Les frustrations professionnelles font écho à d'autres frustrations, personnelles, de la vie socio-familiale à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique.

Ces différents éléments sont à l'origine d'une **position dépressive permanente** caractéristique du veilleur.

2 — En ce qui concerne la vie relationnelle de l'infirmier de nuit, elle est toute entière placée sous le signe de l'**ambivalence** :

- ambivalence dans les rapports avec les malades par l'ambiguïté même de leur rôle de surveillant et de thérapeute.

- mais aussi ambivalence dans leurs relations personnelles qui fait qu' "*oubliés*" d'autrui, ils s'en laissent assez aisément "*oublier*".

3 — Ambigu, leur **rôle** présente pourtant certains aspects très positifs de **figure maternelle rassurante**, en une relation de type anaclitique, et mériterait de ce fait d'être approfondi et plus largement reconnu de chacun.

4 — Nous avons enfin essayé d'envisager **quelques solutions possibles** à leurs problèmes :

- solutions d'ordre pratique allant dans le sens de la thérapie institutionnelle (aménagements d'horaires, amélioration des réseaux de communication, adaptation de l'enseignement proposé aux infirmiers)

- et nous avons pensé pouvoir les opposer à certaines considérations plus générales sur la structure actuelle des institutions car à travers le veilleur, c'est tout le problème de la vie asilaire et de la maladie mentale qui lui est attaché.

VU, le 1er Vice Président
de l'Université
Président du Comité de
Coordination Médicale

R. TOURAINE

Le Président de la Thèse :
P. GIRARD

VU, et permis d'imprimer
LYON, le 25 Mai 1971

BIBLIOGRAPHIE

I – HYGIENE MENTALE ET MEDECINE DU TRAVAIL

- 1 - BIZE. J
 Psychose du travail et névrose du travail
 Arch. mal. profess. 1952, 13, p.98

- 2 - BROWN. H
 Quelques effets du travail de nuit sur la vie sociale et familiale.
 Personnel Management XXXIX Sept. 1957 p. 150 - 156, and XXXIX June 1959 p. 95 - 100

- 3 - COLIN. M
 Equilibre psychique et monde du travail
 Chron. Soc. de France, Mai 1956, III, p. 253 - 259

- 4 - DERVILLEE. P – LAZARINI. M.J.
 A propos du travail en équipes avec changement d'horaire.
 Incidences familiales et répercussions possibles sur la santé des travailleurs
 Arch. mal. profess. 1958, 20, p. 306 - 310

- 5 - DERVILLEE. P – LAZARINI. M.J.
 Considérations sur le travail par roulement et ses répercussions sur la santé.
 Rapp. 12ème Congrès Internat. de Méd. du travail.
 Helsinki 1957, III, p. 128 - 130 .

- 6 - FOURRE. L
 Le travail en équipes alternantes.
 Thèse Lyon 1962.

- 7 - GRAVIER. M
 Le cariste dans l'entreprise
 Thèse Lyon 1931

- 8 - LE GUERN. L
 Le travail en équipes 3 X 8.
 Le médecin d'usine, 1965, 10, p. 742 - 762

- 9 - LE GUILLANT. P
 Introduction à une psychopathologie sociale.
 Evol. Psych. 1954, I, p. 86

- 10 - NEULAT. G
 Contribution à l'étude du travail de nuit.
 Thèse Lyon 1950

- 11 - REID. P.C.
Les problèmes humains du travail en équipes.
Supervisor management, Nov. 1960, p. 2 - 13
- 12 - RIVOIRE. R
Les maladies de l'adaptation
Presse Médicale, 1950, p. 1272 - 1278
- 13 - ROCHAIX. A
Traité d'Hygiène, I, p. 1002
- 14 - SIVADON. P : psychopathologie du travail
Evol. Psych, 1952, III, p. 783
- 15 - SIVADON. P
Les névroses du travail.
Journée Nat. de Méd. du travail.
Mai 1955 - INS - Paris 1955
- 16 - TEKELY. L
Les problèmes du travail de nuit
12, Industrial Médecine, Nov. 1943 p. 758 - 779
- 17 - THEILLON. M
L'horaire du travail du personnel affecté au service de nuit.
Techn. Hospital, Nov. 1963, 218, p. 68
- 18 - VEIL. C
Les rythmes du travail.
Rapp. à la Comm. d'Hyg. Mentale 1957 - 46, I p. 36 - 67
- 19 - VERNON. H.M
Le roulement des équipes de nuit.
Industrial welfare and Personnel Management.
Industrial Welfare Society XXV : 77, May June 1943
- 20 - VU - DINH - GIAP
Contribution à l'étude physiopathologique du travail de nuit des veilleuses dans les hôpitaux.
Thèse Lyon 1961
- 21 - WAGRET. G
Fatigue nerveuse et rythmes du travail dans les entreprises de petite mécanique.
Thèse Lyon 1962
- 22 - WYATT. S – MARIOTTER
Travail de nuit et changement d'équipe
British Journal of Industrial Médecine - July 1953, p. 604

II – FORMATION ET ROLE DES INFIRMIERS ET DES PSYCHIATRES

- 23 - AYME. J
Participation des infirmiers à la psychothérapie.
Inform. Psych, Oct. 1959, 8, p. 475 - 486.
- 24 - BAILLY-SALIN. P – BERNARD. P – BONNAFE. L
Etude sur le recrutement et la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques.
Inform. Psych, Déc. 1962, 10, p. 857 - 872
- 25 - BAILLY-SALIN. P – OURY. J
Etude introductive à la psychothérapie à l'hôpital psychiatrique : rôle de l'infirmier.
Inform. Psych, Mai 1958, 5, p. 384 - 406.
- 26 - BALVAY. G – BROUSSOLLE. P – VERMOREL. M
Où en est l'enseignement des infirmiers des hôpitaux psychiatriques en France ?
Inform. Psych. Juin 1969, 6, p. 591 - 602
- 27 - BERTHELIER. R
Les problèmes de la formation du psychiatre.
Inform. Psych. Juillet 1967, 7, p. 365
- 28 - BLANDIN. J
Compte-rendu d'une enquête concernant le perfectionnement et la formation de base des infirmiers des hôpitaux psychiatriques.
Inform. Psych, Déc. 1962, 10, p. 873 - 881
- 29 - BOULANGER J.J
Contribution à l'étude de la vie sociale et du rôle de l'infirmier dans le service de psychiatrie.
Thèse Lyon 1960
- 30 - CARON. C
Les conditions de travail du personnel infirmier.
Inform. Psych, Avril 1969, 4, p. 403 - 408
- 31 - CLAVE. M
Les infirmières du service de nuit.
Rev. de l'inf. et de l'Ass. Soc. Juillet Sept 1969, 7, p. 777 - 785
- 32 - DAUMEZON. G
La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés
Paris 1935
- 33 - DAUMEZON. G
Réflexions sur la formation en psychiatrie.
Perspectives Psych, Janvier 1968, 20, p. 34

- 34 - DIATKINE. R
Rapport sur la participation des infirmiers à la psychothérapie.
Inform. Psych, Déc. 1968, 10, p. 815 - 823
- 35 - DUBUIS. J — JALLADE. S — MARIE-CARDINE. M
L'interne dans l'institution
Inform. Psych, Janv. 1969, 1, p. 15 - 46
- 36 - GENTIS. R — BARTHES A et J et Coll.
Sur la formation professionnelle et le perfectionnement des infirmiers des hôpitaux psychiatriques.
Inform. Psych., Déc. 1962, 2, p. 843 - 856
- 37 - GILLET. M — JALLADE. S
Réflexions de psychiatres en formation sur la formation du psychiatre.
Colloque italo-franco-quebécois : 19, 20, 21, Avril 1969
- 38 - GUYOTAT. J — HOCHMANN. J — PELLET. J — MARIE-CARDINE. M
Psychiatrie et formation psychologique du médecin.
Rapp. Congrès de Psych. et Neurol. de langue franç. Dijon : Juillet 1967
Masson Ed. Paris
- 39 - La formation des infirmiers des hôpitaux psychiatriques.
Inform. Psych. No Spécial (sous la direction de M. VERMOREL). Juin 1969, 6.
- 40 - MARCHAND. L — MIGNOT R. et H.
Manuel technique de l'infirmier des établissements psychiatriques.
Paris 1952.
- 41 - OULES. J
Soins aux malades mentaux.
Montauban 1960.
- 42 - RAYNIER. L — BEAUDOIN. H
L'aliéné et les asiles d'aliénés.
Paris 1930.
- 43 - VINATIER. J
Manuel de Psychiatrie à l'usage des infirmiers.
Paris 1959, et rééd. Paris 1966

III — L'INSTITUTION ET SON FONCTIONNEMENT

- 44 - BALVET. P
Asile et hôpital psychiatrique.
Rapp. Congrès Méd. alién. et neurol. Montpellier 1942
- 45 - BALVET. P
De l'architecture d'oppression à l'architecture de liberté.
Information Psych, Fév. 1956, 2, p. 82

- 46 - BALVET. P – ROTHBERG. D – BANGE. C
La réunion d'équipe, conscience du pavillon et moyen psychothérapique.
Inform. Psych, Juillet 1961,7, p. 375 - 391
- 47 - BERTHIER. Ch – BROUSSOLLE. P
Approches cliniques et thérapeutiques des troubles du sommeil en milieu psychiatrique.
Actual. de Thérap. en Psych, 1965, 2ème série p. 425 - 443
- 48 - GENTIS. R
Les murs de l'asile
Cahiers libres 163 - Maspero Ed. 1970
- 49 - GILLET. M
Considérations sur la persistance d'une réalité asilaire au sein de l'hôpital psychiatrique.
Thèse Lyon 1968
- 50 - PY. O
Les comportements de passivité en psychiatrie.
Thèse Lyon 1962
- 51 - ROTHBERG. D
La situation d'oppression en psychiatrie.
Quelques témoignages cliniques à l'hôpital psychiatrique.
Thèse Lyon 1960
- 52 - WEBER. D
Enquête sur le sommeil en hôpital psychiatrique.
Compte-rendu de stage - Juillet-Oct . 1965
- 53 - WOODBURY. M
L'équipe thérapeutique.
Inform. Psych., Déc. 1966, 10

IV – PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE

- 54 - BRAUNS CHWEIGG. D
Le Narcissisme : aspects cliniques.
Rev. Franç. de Psychan. 1965, XXXIX p. 589
- 55 - FAVEZ – BOUTONIER. J
L'Angoisse
PUF Ed . 1963
- 56 - FREUD. A
Le Moi et les mécanismes de défense
PUF. Ed. 1969

57 - FREUD. S

Pour introduire le Narcissisme.

La vie sexuelle, PUF. Ed. 1970

58 - GUYOTAT. J

La relation d'objet du déprimé et ses modifications sous l'influence du traitement par les médicaments anti-dépresseurs.

4ème Congrès Mondial de Psych.

Madrid : 5, 11 Sept. 1966 p. 483 - 488

59 - GUYOTAT. J — JALLADE. S — MARIE-CARDINE. M

Les états dépressifs.

Cahiers médicaux Lyonnais, Sept. 1967 p. 1835 - 1860

60 - NACHT. D :

Essai sur la peur

Rev. Franç. de Psychanal., Juillet Août 1952, XVI, p. 434 - 439

61 - PASCHE. F

De la dépression - Rev. Franç. de Psychanal. 1963, XXVII, p. 191 - 208

62 - PELLET. J

Déprivation socio- culturelle et possibilités thérapeutiques en psychiatrie.

Rapp. Congrès de Psych - Cadix, Juillet 1970

